

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE ^{N°} 341

pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

J. GRENIER

Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Paris le 27 Mai 1898

Contribution à l'Étude anatomique et clinique

D E S

Adénites sus-épitrochléennes et humérales
chez l'Enfant

Président : M. le Professeur MARFAN

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY, ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1923

148

341

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

11

1880

1880

Année 1923

THÈSE N^o

pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

J. GRENIER

Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Paris le 27 Mai 1893

Contribution à l'Étude anatomique et clinique

DES

Adénites sus-épitrochléennes et humérales
chez l'Enfant

Président : M. le Professeur MARFAN

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY, ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

—
1923

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

Doyen	M. ROGER
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	GUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTHRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
Hygiène et clinique de la première enfance	NOBECOURT
Clinique des maladies des enfants	H. CLAUDE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JEANSELME
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	P. MARIE
Clinique des maladies du système nerveux	TEISSIER
Clinique des maladies contagieuses	DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	FIESSINGER	LARDENNOIS	RATHERY
BASSET	GARNIER	LE LORIER	REITERER
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEQUEUX	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LEREBoullet	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LERI	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	LEVY-SOLAL	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	MATHIEU	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	METZGER	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ HENRI	MOCQUOT	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVAS-	MULON	
DESMAREST	TINE	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



AU D^r DELAGE

et

A MA MÈRE

en témoignage de ma reconnaissance
et de ma filiale affection.

A MON MAITRE
ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

*Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur*

qui me donna, en inspirant cette
thèse, et en me faisant l'honneur
d'en accepter la présidence, un
nouveau témoignage de sa bien-
veillance. Qu'il veuille bien rece-
voir ici l'hommage de ma recon-
naissance et de mon attachement
respectueux.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR FLORAND

Médecin honoraire de l'Hôpital Lariboisière

Commandeur de la Légion d'Honneur

en témoignage de mon respectueux
attachement et de ma gratitude
pour la bienveillance qu'il m'a
toujours témoignée.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TUFFIER

M. LE DOCTEUR APERT

Externat

M. LE DOCTEUR FLORAND

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TUFFIER

M. LE PROFESSEUR VAQUEZ

M. LE PROFESSEUR MARFAN

M. LE DOCTEUR HUDELO

Internat

M. LE DOCTEUR MARTIN

M. LE DOCTEUR L. RAMOND

M. LE DOCTEUR FLORAND

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POTOCKI

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEMELIN

M. LE PROFESSEUR MARFAN

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR ROUX-BERGER

M. LE DOCTEUR TOUPET

M. LE DOCTEUR ESMEIN (*in memoriam*)

M. LE DOCTEUR LEMAIRE

M. LE DOCTEUR LEVANT

M. LE DOCTEUR VIGNES

A MESSIEURS LES DOCTEURS MONIER-VINARD

ET METIVET

qui furent mes conférenciers d'internat

AUX MIENS, A MES AMIS

EN PARTICULIER

AU DOCTEUR J. FLORAND ET A M. A. BEAUGRAND

AVANT-PROPOS

Nous prions M. le professeur MARFAN qui nous a permis, pour faire ce travail, d'utiliser toutes les ressources de son service hospitalier, de bien vouloir agréer ici l'expression de notre gratitude.

Nous remercions M. le docteur VEAU d'avoir bien voulu prélever pour nous, au cours d'une intervention, une pièce qui a servi de base à notre chapitre d'anatomie pathologique.

Nous remercions également M. le professeur BRINDEAU et notre maître, M. le professeur agrégé DEMELIN qui nous ont accueillis si aimablement dans leurs services.

INTRODUCTION

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous voudrions dire pour quelles raisons nous avons repris, à l'inspiration de notre maître, M. le professeur MARFAN, l'étude d'un symptôme qui a déjà donné lieu à de nombreux travaux.

L'adénite sus-épitrochléenne est considérée par beaucoup de cliniciens comme un stigmate important de syphilis acquise ou héréditaire permettant de dépister l'infection tréponémique, par ailleurs souvent absolument latente. Il n'est pas besoin d'insister pour que chacun reconnaisse l'importance pratique qu'il y a à être fixé sur la valeur diagnostique d'un signe si aisément perceptible.

Si un tel symptôme est précieux dans la syphilis de l'adulte, il l'est bien plus encore dans la syphilis héréditaire où les antécédents, pour des raisons matérielles ou des raisons d'ordre psychologique, manquent si fréquemment et où pourtant la nécessité d'un diagnostic rapide, condition d'un traitement efficace, est d'importance majeure. Tout médecin reconnaîtra que les signes cli-

niques, qui permettent de poser avec certitude le diagnostic de syphilis héréditaire, sont rarement observés proportionnellement à la fréquence de l'affection ; et que bien souvent l'examen clinique le plus attentif ne permet d'aboutir qu'à un diagnostic de présomption. En effet, l'hérédo-syphilis, très communément viscérale, parfois même exclusivement viscérale, ne se révèle souvent que par des symptômes n'ayant « rien de spécial », et exiger un signe spécifique pour se décider au traitement spécifique, ce serait en nombre de cas attendre... l'autopsie pour faire le diagnostic (1), conclut le professeur FOURNIER auquel nous empruntons les lignes précédentes. On voit de quelle importance peut être pour l'enfant ce signe, si facile à percevoir, qu'est l'adénite sus-épitrochléenne, au cas où sa valeur diagnostique serait dûment prouvée.

Il est un autre problème, qui engage plus encore peut-être la conscience et la responsabilité du médecin, c'est celui de l'allaitement au sein d'un enfant inconnu par une nourrice mercenaire. Cette question se pose de temps à autre à tout médecin, mais souvent à certains d'entre eux. A ce point de vue « le service le plus délicat est celui de l'Hospice des Enfants-Assistés, qui accepte des nouveau-nés à antécédents ordinairement inconnus » (2).

Chaque jour en effet, le personnel médical de cet établissement doit décider si un nourrisson, dont il ignore tous les antécédents, peut être confié à une nourrice et envoyé à la campagne.

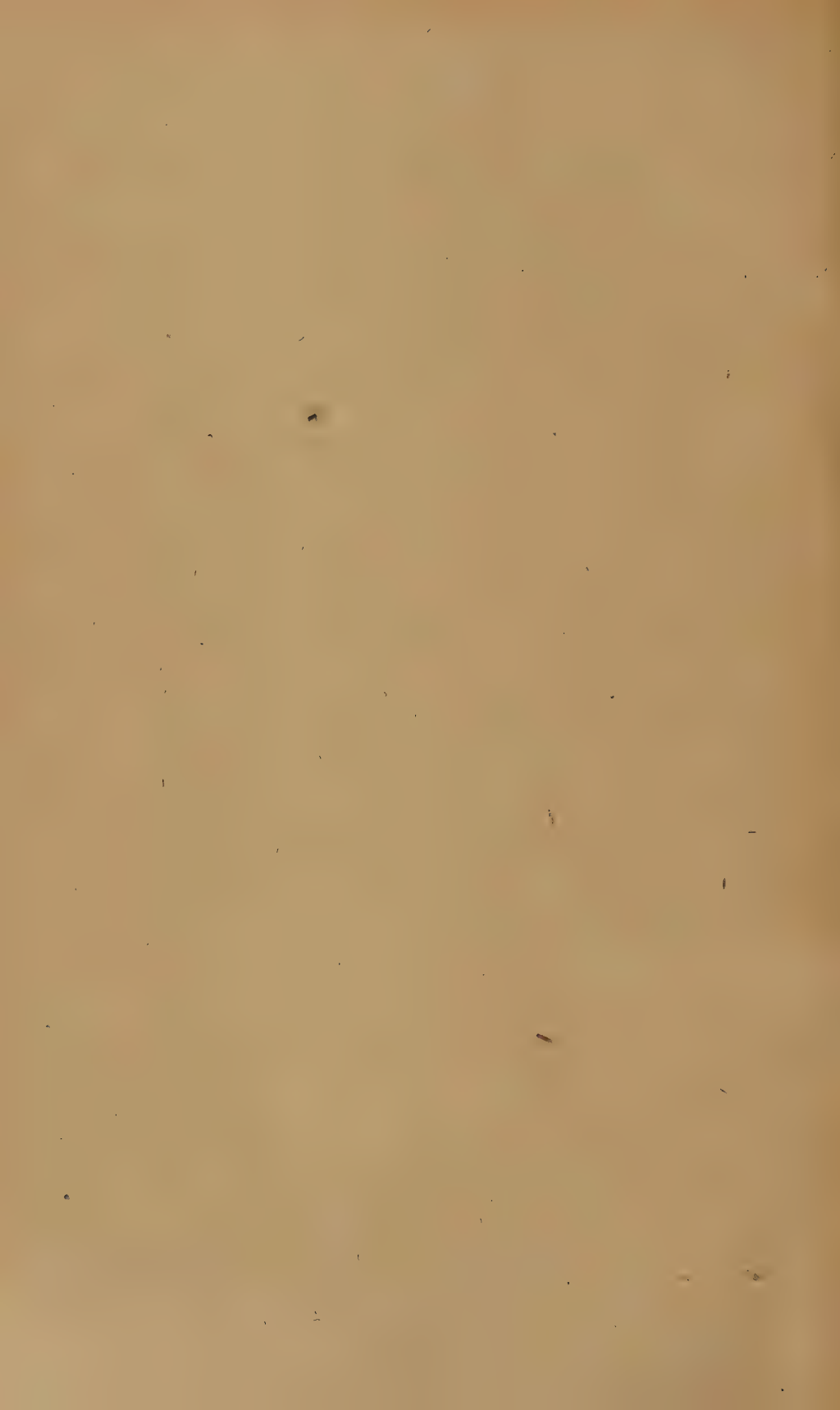
(1) PR. A. FOURNIER. *L'hérédité syphilitique*, Paris, 1891.

(2) PR. A.-B. MARFAN. *Traité de l'Allaitement et de l'Alimentation des enfants du premier âge*, Paris, 3^e édition, 1920 (Masson), p. 470.

En conséquence, et suivant en cela l'enseignement et l'exemple de notre Maître, nous recherchions avec soin tous les signes objectifs susceptibles de nous faire craindre l'hérédosyphilis chez les nourrissons qu'il nous était donné d'examiner. Parmi ces signes, l'adénite sus-épitrochléenne occupe une place importante. Certains auteurs ayant signalé que cette adénite pouvait dans certains cas être remplacée par une adénopathie humérale, de valeur diagnostique égale, siégeant au tiers moyen ou supérieur du bras, nous recherchions également cette dernière. L'examen de nombreux nouveau-nés et nourrissons de quelques mois, nous ayant fait supposer que ces adénopathies humérales pouvaient être facilement diagnostiquées à tort, nous avons cru utile de contrôler par la dissection les impressions que nous donnait l'examen clinique.

D'autre part, l'Hospice des Enfants-Assistés abritant une population infantile totale (nous entendons par là un groupe d'enfants de tout âge comprenant avec des enfants sains, un contingent proportionnel d'enfants malades) nous avons cru intéressant de rechercher dans cet ensemble la fréquence et la valeur sémiologique des adénites sus-épitrochléennes et humérales.

Tel est le double but de notre travail.



ANATOMIE ET PATHOLOGIE

ANATOMIE

Nous croyons qu'il est utile de rappeler quelques notions anatomiques et physiologiques sur le système lymphatique du membre supérieur.

Aussi singulier que cela puisse paraître, les ganglions du membre supérieur, ceux de l'aisselle exceptés, ont été peu étudiés en raison sans doute de leur peu d'intérêt chirurgical et sont encore assez mal connus.

Les classiques français, POIRIER et CUNEO, décrivent ces lymphatiques d'après les préparations au mercure du professeur SAPPEY (1). Les travaux les plus récents que nous connaissions sur ce sujet sont ceux de BARTELS qui a écrit le « Système lymphatique » du *Traité d'Anatomie* de BARDELEBEN.

(1) Les pièces conservées au musée Orfila, s'étant détériorées ont été mises au rebut et nous n'avons pu, en conséquence, vérifier quelques points d'anatomie qui nous auraient intéressés. Nous n'avons trouvé qu'une pièce montrant un ganglion épitrochléen à 4 centimètres au-dessus de l'épitrochlée. Il existe en outre une pièce en cire, mais nous ne savons si ce moulage, qui montre un ganglion épitrochléen et deux ganglions huméraux au 1/3 moyen du bras, est la traduction fidèle des préparations du P. Sappey.

Nous décrirons les ganglions et les vaisseaux lymphatiques, qui nous intéressent au point de vue clinique, en nous référant à ces auteurs.

1°. — *Ganglions et lymphatiques superficiels*

Si nous laissons de côté les ganglions du sillon delto-pectoral qui ne nous intéressent pas, on ne trouve au niveau du bras qu'un seul ganglion : le *ganglion sus-épitrochléen* ou ganglion cubital superficiel des auteurs allemands.

Il est situé chez l'adulte à trois ou quatre centimètres au-dessus de l'épitrochlée, immédiatement placé sur l'aponévrose, et recouvert par le tissu cellulaire de la région. BARTELS le place sur le côté axial de la veine basilique, au voisinage du point où elle devient intra-aponévrotique. Ce ganglion, à peu près constant pour tous les auteurs, est généralement unique, néanmoins on peut trouver là deux et même trois petits ganglions (1). Il a normalement la dimension d'une petite lentille.

Chez le nouveau-né ou le nourrisson de quelques mois il a les dimensions d'une grosse tête d'épingle et il est situé à deux centimètres ou même à deux centimètres et demi au-dessus de l'épitrochlée, comme nos dissections nous l'ont montré. A l'état normal ce ganglion n'est pas

(1) Nous avons pu cliniquement vérifier le fait chez un sujet de 19 ans qui présentait à gauche un ganglion situé à 3 centimètres au-dessus de l'épitrochlée, surmonté 1 centimètre plus haut par un ganglion ovoïde; à droite un ganglion à 4 centimètres au-dessus de l'épitrochlée et une petite masse moniliforme située au-dessus de lui dont l'extrémité supérieure atteignait la partie moyenne du bras.

perçu à la palpation, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Telle est habituellement, la situation topographique du ganglion sus-épitrochléen, mais il faut bien savoir qu'on peut le trouver au contact même de l'épitrochlée et soit un peu en avant, soit un peu en arrière du bord interne du bras. La disposition sur le même sujet peut n'être pas la même à droite et à gauche comme plusieurs constatations anatomiques nous l'ont prouvé.

Ses vaisseaux afférents collectent la lymphe du plan superficiel des trois derniers doigts, de la partie interne de la main et du bord cubital de l'avant-bras. Mais il peut se tuméfier, en raison des nombreuses anastomoses lymphatiques, même lorsqu'il n'existe qu'une lésion de la partie externe de l'avant-bras ou de la main. Une partie des lymphatiques superficiels de la même région continuent leur trajet vers les ganglions huméraux profonds ou vers les ganglions axillaires sans s'interrompre au niveau du ganglion sus-épitrochléen (BARTELS).

Ses vaisseaux efférents, suivant le trajet de la veine basilique, traversent avec elle l'aponévrose, pour s'unir aux lymphatiques profonds, satellites des vaisseaux huméraux.

FELQST (cité par BARTELS) aurait trouvé que, si à la suite d'une lésion superficielle le ganglion cubital se tuméfiait, les ganglions axillaires restaient indemnes. D'autre part, BARTELS aurait pu injecter les lymphatiques profonds du bras en partant du ganglion cubital superficiel, alors qu'il ne serait point parvenu à les injecter directement.

La question des anastomoses, unissant les lymphatiques profonds aux lymphatiques superficiels, a d'ailleurs été

contrôversée. SAPPEY niait ces anastomoses, POIRIER et les modernes les admettent et les considèrent comme particulièrement développées au niveau de l'interligne articulaire. Cette question présente un certain intérêt au point de vue de la pathogénie de l'adénopathie sus-épitrochléenne.

2° — *Ganglions et lymphatiques profonds.*

POIRIER et CUNÉO signalent la présence sur le trajet des lymphatiques profonds, qui suivent les artères de l'avant-bras et du bras, de petits ganglions lymphatiques. Mais seuls, ceux qui ont été figurés par MASCAGNI sur le trajet de l'artère humérale et qui sont au nombre de deux à trois présentent une certaine fréquence.

POUR BARDELEBEN il existe un ganglion sur le trajet de l'artère humérale un peu au-dessus du pli du coude, mais, trop profond pour être perçu, il ne nous intéresse pas. Par contre, il signale, avec les auteurs précédents, un *ganglion brachial profond*, presque constant, situé exactement à la naissance de la collatérale interne supérieure de l'humérale.

BARTELS dit également qu'on peut trouver de façon inconstante des ganglions sur le trajet de l'artère humérale soit au milieu, soit au tiers supérieur du bras. La figure 22 de son volume montre une curieuse anomalie, dans laquelle il existait trois ganglions sus ou intra-aponévrotiques suivant la ligne de l'humérale et six ganglions profonds au contact direct de l'artère étagés du pli du coude, jusqu'au bord inférieur du grand pectoral. Il pense qu'il s'agit dans ce cas d'une néoformation gan-

glionnaire, au sujet de laquelle il a publié un mémoire (1). Après avoir décrit cette pièce, il ajoute : « Peut être s'agit-il de dispositions plus fréquentes qu'on ne le croit, ne se révélant qu'à la suite d'une irritation quelconque, qui, en développant les ganglions, les rend perceptibles. »

On voit par cette description que les ganglions profonds du bras sont sujets à de grandes variations de nombre, de volume et de siège, et qu'il est impossible d'en donner un schéma. On peut les rencontrer sur tout le trajet de l'artère humérale, mais plus particulièrement : 1° au milieu de la partie sous-pectorale du bras, et 2° immédiatement au-dessous du bord inférieur du grand pectoral. On pourrait les désigner sous les noms de ganglions huméral moyen et huméral supérieur, les deux pouvant exceptionnellement coexister. Nous avons retrouvé, lors de nos dissections, ces ganglions huméraux profonds, qui, chez le nouveau-né, ont la dimension d'une petite tête d'épingle.

Les vaisseaux afférents de ces ganglions huméraux sont les troncs lymphatiques profonds qui, au nombre de deux à trois suivent l'artère humérale et qui reçoivent, au niveau de la partie moyenne du bras, les vaisseaux afférents du ganglion sus-épitrochléen ainsi que les troncles lymphatiques venus des muscles de la région.

Les vaisseaux lymphatiques huméraux, après leur interruption inconstante par ces petits ganglions, con-

(1) P. BARTELS. *Ueber Neubildung Von Lymphdrüsen in der Cubitalgegend* (Arch. f. anatomie und physiologie, anatomie abt., 1909, p. 8 5-92).

tinuent leur trajet ascendant vers les ganglions axillaires de la chaîne humérale qui résument la circulation lymphatique du membre supérieur.

Cette description anatomique vaut pour le nouveau-né et pour le nourrisson, car les recherches de BARDELEBEN ont été faites sur des enfants de un an, celles de BARTELS sur le nouveau-né. Cette vérification de la similitude qui existe dans la disposition des lymphatiques de l'adulte et du jeune enfant n'était pas inutile; car elle n'était pas certaine *a priori*. DELAMARE (Anatomie générale du système lymphatique in Poirier) dit, en effet, que chez les jeunes animaux on trouve des formations lymphoïdes rudimentaires qui peuvent être considérées soit comme des ébauches, soit au contraire comme des ganglions arrêtés ou retardés dans leur développement. La première hypothèse permet de penser qu'il est des ganglions dont l'apparition est très tardive. Les anatomistes plus haut cités ne donnant aucun chiffre qui permette de se rendre compte de la fréquence relative du ganglion sus-épitrochléen et des ganglions huméraux aux différents âges de la vie, il est permis de penser qu'il y a là un facteur possible de variation dans les constatations cliniques.

Néanmoins, il est généralement admis, et il semble prouvé, que les ganglions ont à la naissance leur plus grand développement relatif, et que leur nombre apparent va en se réduisant à mesure que le sujet avance en âge. Sous des influences pathologiques il est toutefois possible de voir apparaître des ganglions nouveaux au cours de l'existence. Cette néoformation de ganglions,

qu'on prouve difficilement par la numération anatomique, doit cependant être considérée comme certaine (BARTELS). La clinique a montré à GUSSENBAUER (cité par BARTELS) que sous des influences pathologiques le nombre des ganglions d'une région pouvait dépasser d'une façon considérable le chiffre le plus élevé qu'on peut rencontrer du fait des variations individuelles. KARL BAYER enfin, a pu obtenir expérimentalement la néoformation d'appareils lymphoïdes après avoir extirpé en bloc tous les ganglions d'une région. Ces expériences semblent prouver que la formation des ganglions lymphatiques, qui se produit, comme on sait, aux dépens des voies lymphatiques apparues les premières, est susceptible de se renouveler au cours de la vie sous des influences pathologiques ou des incitations anormales. C'est ainsi que STRLE aurait vu apparaître et disparaître au cours de la lactation de petits ganglions ; mais il peut s'agir ici tout simplement de la tuméfaction de ganglions minuscules. On sait, en effet, qu'à l'état normal, les ganglions les plus petits sont invisibles à l'œil nu (DELAMARE, page 1137, in Poirier).

Ce long exposé anatomique nous permet de conclure qu'il est probable que la disposition du système ganglionnaire est la même aux différents âges de la vie, sous les deux réserves suivantes : 1° qu'au cours de l'évolution physiologique le nombre des ganglions tend à diminuer, 2° sous certaines incitations anormales des ganglions insoupçonnés peuvent révéler leur existence anatomique.

Nous serons donc en droit de comparer des statistiques

portant sur des numérations de ganglions aux différents âges de la vie.

HISTOLOGIE

Nous empruntons à GUNDOBIN (Cité par BARTELS) l'histologie du ganglion lymphatique du nourrisson.

La grosseur du ganglion, dit-il, varie d'une tête d'épingle à un petit pois.

La structure présente avec le ganglion de l'enfant plus âgé et de l'adulte les différences suivantes :

- 1° le nombre des follicules est moindre ;
- 2° la richesse sanguine plus grande ;
- 3° le tissu conjonctif et la trame conjonctive sont peu développés (ENGELMANN, chez les animaux nouveau-nés, a montré que les fibres élastiques s'anastomosaient rarement entre elles et ne formaient point de réseau proprement dit. Celui-ci n'apparaîtrait nettement qu'à la fin de la première année) ;
- 4° les sinus lymphatiques sont d'un volume comparable à ceux de l'adulte ;
- 5° le protoplasma des cellules du réticulum plus abondant ;
- 6° les centres germinatifs commencent à s'indiquer au début du deuxième mois et ne se manifestent nettement que vers la deuxième année ;
- 7° le tissu adipeux périphérique n'existe chez le nourrisson qu'en faible quantité et ne se développe qu'à l'âge de deux ans et demi.

De ces considérations histologiques il semble qu'on puisse tirer les deux déductions suivantes :

- 1° la faible consistance du ganglion du nourrisson tenant à sa pauvreté en tissus conjonctif ;

2° la facilité de sa réaction sous l'influence d'incitations normales ou pathologiques qui lui parviennent par voie sanguine.

PHYSIOLOGIE

Ces considérations anatomiques et histologiques permettent de prévoir l'importance du système lymphatique chez l'enfant. Elle est d'ailleurs prouvée en outre par la lymphocytose sanguine du jeune âge qui s'oppose à la polynucléose de l'âge adulte. Cette évolution se continue dans le même sens jusqu'à la fin de la vie et représente la traduction physiologique du phénomène de régression anatomique du système ganglionnaire dont nous avons parlé plus haut.

L'anatomie, l'histologie et la physiologie sont donc d'accord pour nous montrer, comme disent MM. LABBÉ et G. BERTIN : « les ganglions de l'enfant en plein développement, en pleine activité fonctionnelle, prête à réagir à la moindre incitation physiologique ou pathologique. »

Ce rappel anatomo-physiologique nous permet de comprendre pourquoi chez l'enfant des ganglions, comme le ganglion sus-épitrochléen ou les ganglions huméraux qui n'ont pour les anatomistes que la valeur de simples relais ganglionnaires, sont susceptibles de réagir fortement non seulement à une infection d'origine externe, qui leur parvient par voie lymphatique, mais fréquemment aussi à une incitation qui leur arrive par voie sanguine.

DIAGNOSTIC POSITIF

ET

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La région de l'aisselle étant exceptée, une intumescence ganglionnaire peut donc être perçue au niveau du tiers inférieur, du tiers moyen ou du tiers supérieur du segment sous-pectoral du bras. Ces ganglions sont tous étalés le long de la gouttière bicipitale interne ou plus exactement sur le trajet du paquet vasculo-nerveux. Parmi eux, les uns sont sus-aponévrotiques (ganglion sus-épitrochléen, parfois double ou même triple), les autres sont sous aponévrotiques (ganglions huméraux, ou brachiaux profonds des auteurs allemands).

MODE OPÉRATOIRE. — La recherche de ces ganglions habituellement facile, demande pourtant à être conduite avec méthode si l'on veut être assuré de ne pas méconnaître une adénite peu volumineuse.

Pour DE AMICIS (1), il convient de procéder de la façon suivante : « Le médecin étant placé en face du sujet — s'il s'agit d'explorer la région sus-épitrochléenne gauche par exemple — soutient l'avant-bras du malade avec sa main droite. Il écarte le bras du tronc, met l'avant-bras,

(1) DE AMICIS (cité par M^{lle} REICHENECKER), voir bibliographie.

en demi-flexion sur le bras, et applique la face palmaire des quatre derniers doigts de la main gauche au voisinage du coude, et avec le pouce resté libre explore en tous sens la région sus-épitrochléenne. L'exploration doit se faire de haut en bas et de bas en haut et aussi dans le sens transversal ; la palpation doit être successivement superficielle et profonde ; de cette façon les plus légères modifications de la région peuvent être perçues et les ganglions hypertrophiés sentis sous forme de petits corps arrondis, mobiles en tous sens, au nombre de un à deux, parfois plus nombreux et alors disposés en chapelet. »

Nous croyons qu'il est préférable de suivre le mode opératoire qu'emploient depuis longtemps les cliniciens de l'hôpital Saint-Louis. Le malade présentant le flanc au médecin, celui-ci fléchit l'avant-bras et le maintient d'une main, tandis que de l'autre main restée libre il explore avec la pulpe des quatre derniers doigts la région sus-épitrochléenne et la gouttière bicipitale dans toute sa hauteur.

La palpation doit d'abord être superficielle, puis profonde.

S'il existe un ganglion palpable, on le percevra sous forme d'une petite masse arrondie ou ovalaire, nettement limitée, de consistance ferme, et *très mobile en tous sens* : de haut en bas, comme de bas en haut et aussi transversalement. Ce sont ces caractères d'extrême mobilité, de limitation, de régularité qui permettent d'affirmer qu'il s'agit bien d'un ganglion roulant sous le doigt.

Nous rappelons que le ganglion sus-épitrochléen peut

être situé un peu en avant ou un peu en arrière du bord interne du bras et qu'extrêmement mobile le plus souvent il peut fuir sous le doigt qui le palpe et disparaître quelques instants.

GANGLIONS SUPERFICIELS. — L'anatomie nous apprend que le ganglion sus-épitrochléen unique ou dédoublé peut être situé au contact direct de l'épitrochlée, plus souvent (et cela chez le nouveau-né) à deux ou trois centimètres au-dessus d'elle. Dans ce dernier cas, si l'on remarque que la partie sous-pectorale du bras ne mesure pas plus de sept centimètres chez le nouveau-né, le ganglion sus-épitrochléen *peut être perçu au tiers moyen du bras.*

La palpation de ces ganglions superficiels est très facile et le diagnostic s'impose toujours avec évidence. On perçoit, en effet, dans la région sus-épitrochléenne ou au tiers moyen du bras une petite tumeur ayant habituellement le volume d'un pois ou d'une lentille, plus rarement d'un grain de chenevis ou d'une bille (M^{lle} REICHENCKER) et présentant tous les caractères donnés plus haut.

Il n'est guère possible de confondre ces ganglions avec :
1° *un tendon*, qui ne roule sous le doigt que dans un sens et non dans les deux. Une nodosité tendineuse pourrait, paraît-il, entraîner la confusion ; le cas doit être très rare car sur plusieurs centaines d'enfants examinés nous n'avons jamais eu l'occasion d'en rencontrer.

2° *Une saillie osseuse* ou une exostose de l'extrémité inférieure de l'humérus peuvent se rencontrer plus souvent, une fois sur 200^{es} sujets environ. Dans les observa-

tions que nous avons dépouillées on en signalait trois, nous en avons rencontré deux autres au cours de nos examens. Cette saillie osseuse, même arrondie, ne peut par sa fixité et sa consistance entraîner d'erreur de diagnostic.

GANGLIONS PROFONDS. — Théoriquement, on pourrait percevoir *au niveau du tiers moyen ou du tiers supérieur* du segment sous-pectoral du bras des ganglions profonds, situés au contact direct du paquet vasculo-nerveux. L'anatomie nous apprend que c'est au tiers moyen du bras, ou immédiatement au-dessous du bord inférieur du grand pectoral (ganglion brachial profond de BARDELEBEN) qu'on peut les rencontrer. Théoriquement aussi, ces ganglions sous-aponévrotiques doivent être moins mobiles que les ganglions superficiels. Leur tuméfaction est certainement possible comme le prouve l'observation de BARTELS et la figure 22 de son volume (voir anatomie) mais elle doit être assez rare. Le P. MENSI, en effet, signale seul dans sa statistique une adénite siégeant au tiers supérieur du bras ; il en signale plusieurs autres siégeant au tiers moyen, mais il peut s'agir ici de ganglions superficiels haut situés.

Nous avons recherché systématiquement ces ganglions huméraux et bien souvent nous avons cru les percevoir principalement chez le nouveau-né et le nourrisson de quelques mois. La fréquence même de cette constatation (une fois sur trois ou quatre sujets environ) nous a fait soupçonner l'existence possible d'une cause d'erreur. Ayant eu la possibilité dans une dizaine de cas de vérifier

par la dissection, les impressions que nous donnait l'examen clinique, nous avons constaté qu'il en était bien ainsi.

Par dissection directe et par quelques menues expériences (sections, tractions des éléments du paquet vasculo-nerveux) nous avons pu nous assurer que c'était le *nerf cubital*, au moment où il croise obliquement la face interne de l'humérus pour s'enfoncer dans le vaste interne, qui donnait cliniquement l'illusion d'un ganglion huméral moyen tuméfié. De même, le *nerf radial* au moment où il passe dans la fente huméro-tricipitale pour gagner la gouttière de torsion peut simuler une adénite du ganglion brachial profond situé sur le bord interne du bras, à un centim. et demi au-dessous du grand pectoral.

Ces erreurs paraîtront grossières à beaucoup et nous n'aurions pas cru devoir les signaler si, à côté de nous, des médecins accoutumés à la recherche de l'adénite sus-épitrochléenne chez le nourrisson n'avaient été victimes de la même illusion. Cette illusion est d'autant plus facile que le phénomène ne se produit pas chez tous les sujets et que sur le même sujet il peut n'exister que d'un seul côté. Nous ajoutons que malgré la direction sensiblement longitudinale de ces nerfs, c'est de haut en bas et de bas en haut qu'ils roulent le plus aisément.

Cette cause d'erreur assez spéciale au nouveau-né et au nourrisson de quelques mois tient sans doute d'une part à l'obliquité des nerfs par rapport au squelette, d'autre part, vraisemblablement à leur volume relatif par rapport à celui de l'humérus. Les variations anatomiques

individuelles expliquent sans doute l'inconstance du phénomène.

Quoi qu'il en soit, depuis ces constatations nous croyons qu'il faut être très circonspect dans le diagnostic des adénopathies humérales profondes et nos vérifications anatomiques ayant toujours été négatives, nous doutons en avoir jamais rencontré un cas. Peut-être serait-il possible de distinguer ces adénopathies des nerfs qui peuvent les simuler en faisant varier la position du bras, plus particulièrement la flexion et l'extension de l'avant-bras.

Sans nier la possibilité de ces adénopathies profondes, nous croyons pouvoir conclure :

1° l'adénite des ganglions superficiels du bras (ganglion sus-épitrochléen simple ou dédoublé) ne peut prêter à confusion. Son diagnostic est évident ;

2° l'adénite des ganglions profonds est rare et lorsqu'on croit la percevoir il faut toujours penser à une erreur possible. S'il y a le moindre doute, il est fort probable qu'il ne s'agit pas d'un ganglion.

Ce petit point diagnostique avait son importance, puisqu'une adénopathie humérale pouvait avoir la même valeur qu'une adénopathie sus-épitrochléenne. Ce que nous venons de dire, n'infirmes en rien les statistiques dont nous parlerons plus loin. Dans celles qui nous sont propres, en effet, nous avons éliminé toutes les adénopathies douteuses ; quant à celles des auteurs que nous citerons, leur valeur ne peut être diminuée par les quelques cas d'adénopathies humérales qui sont entrés en ligne de compte.

UN GANGLION PERCEPTIBLE A LA PALPATION DOIT-IL ÊTRE TOUJOURS CONSIDÉRÉ COMME UN GANGLION ANORMAL ? (1). — Cette question déborde le cadre de notre travail, mais la polyadénopathie de l'enfance ayant été considérée, à cause de sa grande fréquence, par certains auteurs comme physiologique, il nous semble indispensable d'être fixés sur ce point. Laissant donc de côté l'adénite sus-épitrochléenne à laquelle nous voulons appliquer les conclusions auxquelles nous aboutirons, nous nous demanderons si la tuméfaction des ganglions axillaires, cervicaux, inguinaux, qui sont avec le ganglion sus-épitrochléen les seuls cliniquement perceptibles, doit être considérée comme physiologique ou pathologique.

Les auteurs, qui avec HESS, pensent que chez le nourrisson la micropolyadénopathie est physiologique parce que très fréquente, nous paraissent confondre la fréquence avec la normale. Dira-t-on par exemple, parcequ'il est prouvé aujourd'hui que tout adulte est tuberculisé, que l'atteinte de l'organisme par le bacille de Koch est un phénomène physiologique ? Non évidemment. Il en est de même pour la polyadénie de l'enfance qui pour être très fréquente n'en est pas moins la traduction de la défense organique à une toxi-infection quelconque.

Il est un moyen simple de contrôler cette assertion, c'est de comparer la fréquence de la polyadénie aux diverses époques de l'enfance. C'est ce que nous avons fait.

Nous avons examiné tout d'abord cent quarante nou-

(1) Il est inutile de dire que nous ne parlons ici que adénopathies d'origine interne.

veau-nés de moins de dix jours dans les services de M. le Professeur BRINDEAU et de M. le Professeur agrégé DEMELIN. Voici ce que nous avons constaté. Sur ces cent quarante nouveau-nés :

2 étaient certainement syphilitiques et ne	
présentaient	pas de polyadénie.
12 étaient suspects de syphilis soit par leurs	
antécédents, soit par les signes mêmes	3 avaient de la polyadé-
qu'ils présentaient	
6 étaient suspects du fait d'un placenta anor-	
malement lourd	1 avait de la polyadénie.
	3 de la polyadénie sans
	cause reconnue.
107 cliniquement sains présentaient.....	21 une adénopathie sur-
	tout axillaire en rap-
	port avec la vac-
	cine (1).
13 débiles ou prématurés ne présentaient....	pas de polyadénie.

En résumé, sur un total de cent quarante nouveau-nés, six seulement, dont trois suspects de syphilis, présentaient de la polyadénie. On peut conclure qu'à la naissance et dans les jours qui suivent le nouveau-né normal ne présente pas de ganglions perceptibles à la palpation.

Mais rapidement, sous l'influence des infections et des intoxications multiples, auxquelles il va être soumis, la

(1) Nous croyons intéressant de signaler que sur ces 21 adénopathies axillaires en rapport avec la vaccine, 6 étaient consécutives à une vaccination sans résultat, et dont on retrouvait difficilement la trace.

polyadénie apparaîtra traduisant la réaction défensive de l'organisme.

Si l'on veut bien se reporter à notre première statistique, on y verra :

A. — que dans la première catégorie, sur trois cents nouveau-nés âgés de un jour à un mois, on trouve déjà vingt-sept porteurs de polyadénie sur cent quatre-vingt-trois enfants atteints d'affections légères; vingt porteurs sur quatre-vingt-seize débiles; quatre sur vingt-cinq suspects de syphilis.

B. — dans la deuxième catégorie, comprenant cent six nourrissons de un à six mois, la polyadénopathie légère est déjà assez fréquente pour que nous n'en tenions pas compte; et, qu'abstraction faite des syphilitiques, des tuberculeux, des rachitiques, qui souvent en sont porteurs, on trouve encore vingt-deux cas de polyadénopathie assez marquée pour que nous ayons cru devoir en faire un petit groupe.

C. — dans la troisième catégorie, groupant des enfants de six mois à un an, une remarque analogue peut être faite.

Et il n'est pas besoin de rappeler la grande fréquence de la polyadénie chez les enfants âgés de plus d'un an, que chacun a pu constater.

Ce court exposé permet de conclure que *l'enfant naît sans ganglion perceptible*; mais qu'à mesure qu'il avance en âge la polyadénopathie devient de plus en plus fréquente.

En conséquence, nous pourrions considérer tout ganglion perçu comme anormal et traduisant une réaction de

défense organique. Nous appliquerons cette conclusion au ganglion sus-épitrochléen.

Incidemment, nous ferons remarquer qu'un ganglion peut être rendu perceptible par sa tuméfaction, mais aussi par l'augmentation de sa consistance.

Nos dissections nous ont montré, que chez le tout jeune enfant, des ganglions d'égal volume étaient ou non perceptibles, suivant qu'ils étaient ou non le siège d'une réaction inflammatoire incontestable (à la suite d'une affection cutanée, par exemple).

HISTORIQUE ⁽¹⁾

L'adénopathie sus-épitrochléenne a d'abord été étudiée dans la syphilis de l'adulte.

RICORD (2), en 1851, signala sa fréquence au cours de la syphilis secondaire et tertiaire ; il la considéra au même titre que les adénopathies cervicale postérieure, sous-occipitale, mastoïdienne, comme constituant un stigmate important de syphilis.

Cette opinion ne fut pas admise sans conteste. Le professeur FOURNIER, en effet, dans ses « leçons cliniques sur la syphilis » parues en 1881, étudiant les adénopathies secondaires, cite l'adénopathie sus-épitrochléenne en ajoutant : « à propos de cette dernière adénopathie, je dois dire qu'on en a beaucoup exagéré la fréquence, en la donnant comme un signe habituel et commun de syphilis. Je l'ai recherchée très attentivement sur plusieurs centaines de malades, hommes ou femmes, et je ne l'ai

(1) Nous reprenons ici en le complétant l'Histoire fait par M^{lle} REICHENECKER dans sa thèse.

(2) Pour les citations nous prions le lecteur de se reporter au chapitre « Bibliographie ».

jamais rencontrée que d'une façon assez rare presque exceptionnelle ».

Conciliant ces deux auteurs, A. PARIS écrit dans le précis de syphiligraphie, publié sous la direction du professeur GAUCHER : « L'adénopathie épitrochléenne est moins fréquente que les adénopathies cervicales ; elle n'existerait, en effet, d'après DE AMICIS, que chez trente pour cent des syphilitiques ».

Malgré ces opinions, en partie divergentes, quant à ce qui a trait à sa fréquence, l'adénopathie épitrochléenne de l'adulte n'en est pas moins considérée actuellement par tous les syphiligraphes comme un stigmate important d'infection trèponémique.

Dans la syphilis héréditaire, l'adénopathie sus-épitrochléenne a été signalée pour la première fois par HENOC. Dans ses « leçons cliniques sur les maladies des enfants » parues en 1881, cet auteur signale la fréquence non seulement des adénopathies cervicales, axillaires et inguinales, mais encore de tuméfactions ganglionnaires, siégeant à *l'extrémité inférieure du bras*. Il ajoute que ces nodosités se montrent si rebelles au traitement, qu'on peut « se demander si elles ne constituent pas des complications fortuites de la maladie dépendant d'autres causes ». Cette phrase d'HENOC passa sans doute inaperçue puisque PARROT, dans son livre « la syphilis héréditaire et le rachitis » paru en 1886, non seulement ne signale pas cette adénopathie particulière, mais encore insiste sur la rareté relative de l'adénopathie dans l'hérédosyphilis du nourrisson, et l'oppose à sa fréquence dans la syphilis de

l'adulte. Lorsque cette adénopathie existe, il l'explique par la coexistence de syphilides cutanées.

C'est à HEUBNER que revient le mérite d'avoir attiré l'attention des pédiâtres sur l'importance de l'adénopathie sus-épitrochléenne dans la première enfance. Dans son « Traité de la syphilis », paru en 1896, il publie le résultat des recherches systématiques qu'il a effectuées à ce sujet. Il conclut que chez le nourrisson syphilitique existe dans la région sus-épitrochléenne « des nodules de la grosseur d'un petit pois, que l'on peut trouver même en l'absence d'exanthème et de toutes altérations dans le territoire tributaire des ganglions sus-épitrochléens ».

Chez l'enfant plus âgé, atteint d'hérédo-syphilis, il fait fréquemment la même constatation. Il confirmera ses conclusions en 1912.

Après HEUBNER, cette adénopathie est étudiée par les médecins américains : RICHARD et CABOT, en 1899, concluent que l'adénite sus-épitrochléenne est plus rare chez l'enfant que chez l'adulte et n'a guère d'importance diagnostique chez le premier ; HOLT lui accorde une certaine valeur après un an; enfin HESS publie en 1907, une importante statistique.

La statistique de HESS porte sur trois cents enfants dont la plupart ont été complètement examinés.

1°. — 26 présentèrent des ganglions épitrochléens, bilatéraux mais petits ;

Sur ces 26 enfants 3 étaient atteints de syphilis.

2°. — 15 étaient porteurs de ganglions gros et bilatéraux

Parmi eux on trouvait 6 syphilitiques, 3 suspects de syphi-

lis, 2 tuberculeux, 1 enfant était atteint de furonculose, 3 étaient cliniquement sains.

Hess fait suivre sa statistique de celle de VIELDER dressée au « Docteur Keiley's babies hospital » portant sur quinze nourrissons hérédosyphilitiques. Sur ces quinze nourrissons sept présentaient de gros, quatre de petits ganglions épitrochléens bi-latéraux.

Hess remarque comme HENOCH la persistance de cette adénopathie malgré le traitement. *Il conclut que l'absence de ganglions épitrochléens n'infirmes en rien le diagnostic d'hérédosyphilis ; mais que la présence de ganglions bilatéraux, ayant au moins le volume d'un pois, constitue un élément important de diagnostic susceptible de persister fort longtemps.*

HOCHSINGER, à la même époque étudiant la polyadénite de l'enfance constate la grande fréquence de l'adénopathie sus-épitrochléenne chez les nourrissons syphilitiques et réciproquement la grande fréquence de la syphilis chez ceux qui sont porteurs de cette adénite particulière. Chez des enfants de 2 à 3 ans, porteurs de stigmates spécifiques, il retrouve souvent ces mêmes ganglions. Il n'hésite pas à conclure que « du moment qu'en l'absence de lésions cutanées... on trouve des ganglions cubitiaux, il s'agit sans exception de syphilis. » Comme HENOCH et comme HESS il note la résistance de cette adénopathie à la thérapeutique spécifique.

En 1908, REICH publie une nouvelle statistique portant uniquement sur des nourrissons. Sur 243 nourrissons, il trouve une adénite dans 20 % des cas :

13 hérédo-syphilitiques présentent 9 ganglions épitrochléens soit 69 %.

230 non syphilitiques dont 40, soit 17 %, présentent des ganglions épitrochléens.

Plus prudent qu'HOCHSIENGER, il en conclut que « la présence de ganglions cubitaux palpables doit être utilisée, mais avec circonspection dans le diagnostic de la syphilis héréditaire. »

En 1911, GROSSER et DESSAUER (1) apportent une statistique dans laquelle figurent 1897 enfants de tout âge (1.066 nourrissons et 831 enfants de plus d'un an).

1°. Sur les 1.066 nourrissons, ils trouvent l'adénite épitrochléenne dans 6,5 % des cas. (4,2 % bi-latérales et 2,5 % unilatérales).

15 hérédo-syphil. portant	6 gg. cub. bil.	soit 40 %	et	4 gg. cub. unil.	ou 26 %
14 tuberculeux	— 1 gg.	—		soit	6 %.
29 rachitiques	— 8 gg.	—	soit 27 %	et	4 gg. — soit 14 %
1.009 affections diverses	— 28 gg.	—	soit 2,8 %	et	18 gg. — soit 1,2 %

2°. Sur les 831 enfants de plus d'un an examinés, 6 % étaient porteurs d'adénites épitrochléennes bilatérales et 4 % d'adénites unilatérales. Voici le détail :

14 hérédo-syphil. portant	3 gg. cub. bil.	soit 21 %	et	1 gg. cub. unil.	soit 7 %
106 tuberculeux	— 19 gg.	—	soit 17 %	et	5 gg. — soit 5 %
43 rachitiques	— 6 gg.	—	soit 13 %	et	8 gg. — soit 14 %
68 affections diverses	— 22 gg.	—	soit 3 %	et	20 gg. — soit 3 %

(1) Comme dans les statistiques suivantes, nous avons ici calculé séparément les pourcentages se rapportant aux adénites bilatérales et unilatérales.

Les auteurs de cette statistique, remarquant que les pourcentages dans les diverses affections s'expriment par des nombres voisins dans la première enfance, sensiblement identiques dans la seconde, concluent : « *L'adénite cubitale ne présente pas de valeur spécifique. Tout au plus, peut-on utiliser ce signe comme élément auxiliaire de diagnostic* ».

Leurs conclusions s'opposent donc à l'impression clinique d'HEUBNER et à l'affirmation catégorique d'HOCHSINGER.

GOLDREICH en 1912, publie une nouvelle statistique dans laquelle figurent un grand nombre de syphilitiques. A ce sujet, l'auteur fait remarquer que seuls les cas de syphilis certaine, contrôlés par la réaction de WASSERMANN, ont été retenus comme tels. Voici le détail de cette statistique :

1°. — Sur 465 nourrissons on trouve 95 porteurs d'adénites cubitales bilatérales soit 20 % et 54 porteurs d'adénites unilatérales, soit 12 %.

82 syphilis récentes avec	60 ad. cub. bil.	soit 73 %	et 14 ad. cub. unil.	soit 17 %
18 syphil. latentes	— 11 ad.	— soit 61 %	et 4 —	soit 22 %
44 rachitiques	— 5 ad.	— soit 11 %	et 2 —	soit 4 %
321 affections diverses	— 19 ad.	— soit 5 %	et 36 —	soit 12 %

2°. — Sur 616 enfants de plus de un an, 113, soit 19 % sont porteurs d'une adénite cubitale bilatérale et 77, soit 13 % d'une adénite unilatérale.

112 syphil. latentes avec	75 ad. cub. bil.	soit 66 %	et 14 ad. cub. unil.	soit 13 %
74 rachitiques	— 12	— soit 16 %	et 8 —	soit 11 %
430 affections div.	— 36	— soit 8 %	et 55 —	soit 13 %

L'auteur conclut que : « Jointe à d'autres stigmates, la présence de l'adénite cubitale constitue un élément précieux de diagnostic d'hérédo-syphilis chez le nourrisson et chez l'enfant plus âgé. » Pour lui, le volume de l'adénopathie n'a aucune valeur pronostique.

GOTZKY, devant les résultats contradictoires obtenus par GROSSER et par GOLDBREICH, reprend la question et pendant un an examine tous les enfants qui se présentent à la consultation du professeur HEUBNER. Chez tous les sujets porteurs d'adénites épitrochléennes il recherche avec soin les traces d'infections cutanées, puis les stigmates de tuberculose et de syphilis. Il utilise pour asseoir son diagnostic, non seulement la clinique, mais aussi la radiographie et la réaction de WASSERMANN, espérant ainsi « dépister les formes les plus latentes d'hédéro-syphilis ».

647 enfants ont été examinés, 113 étaient porteurs d'adénite cubitale, soit 16 %.

1°. — Sur ces 113 porteurs d'adénite, 86 avaient une adénite bilatérale et se répartissaient comme suit :

55 avaient une R. de W. fortement positive (10 nourrissons,

8 enfants de 1 à 7 ans, 37 de 6 à 14 ans).

8 avaient une R. de W. faiblement positive (enfants de 6 à 14 ans dont la syphilis était certaine).

23 avaient une R. de W. négative (4 syphilitiques, 11 tuberculeux, 5 rachitiques, 3 eczémateux).

2°. — Sur ces mêmes 113 porteurs d'adénite, 27 avaient une adénite unilatérale.

6 avaient une R. de W. fortement positive (4 cas de périostite tibiale).

4 présentaient des lésions locales (2 fractures, 1 furoncle, cicatrice de brûlure.

3°. — 534 enfants enfin, ne présentaient pas d'adénite cubitale et parmi eux on trouvait :

21 rachitiques, 5 tuberculeux, 72 enfants présentant de la micropolyadénie.

En résumé, sur les 86 porteurs d'adénite cubitale bilatérale, on trouve 67 syphilitiques et 11 tuberculeux, soit respectivement 80 % et 11 %.

Si nous présentons la statistique de GORTZKY sous une forme plus facile à lire, on peut la résumer comme suit : sur 647 enfants de tout âge, 86 soit 13 % présentent une adénite bilatérale et 27 une adénite unilatérale, soit 3 %.

Ils se répartissent ainsi :

73 syphilis avec	67 ad. cub. bil.	soit 90 %	et 6 ad. cub. unil.	soit 8 %
16 tuberculoses	11 ad.	soit 68 %		
26 rachitiques	5	soit 18 %		
7 polyadénie	3	soit 4 %	et 4	soit 5 %
55 affect. div.	0	soit	et 17	soit 3 %
7 dermites	3	et 4		

GORTZKY conclut « on trouve des ganglions cubitaux tuméfiés à tout âge jusqu'à la puberté. Le plus souvent ils sont bilatéraux et dans ce cas, le plus fréquemment de nature syphilitique. Le rachitisme n'intervient que dans une faible mesure, la tuberculose un peu plus.

« Chez le nourrisson l'adénite cubitale est presque pathognomonique de la syphilis.

« Quant aux enfants plus âgés l'adénite cubitale les rend très suspects de syphilis et parfois se trouve être le seul symptôme clinique dans la forme latente de cette affection. »

En 1913, le professeur MENSİ (de Turin) fait paraître les résultats de ses recherches sur l'adénopathie sus-épitrochléenne du nouveau-né. Sur un total de 849 nouveau-nés, 78 soit 9 % étaient porteurs d'adénite épitrochléenne (27 adénite bilatérale, 51 unilatérale). Sur ces 849 nouveau-nés :

1^o. — 12 présentaient des syphilides cutanées ou muqueuses (7 avec R. de W. positive).

4 avaient une adénite bilatérale,
2 une adénite humérale bilatérale ;

2^o. — 40 étaient suspects de syphilis.

2 portaient une adénite épitrochléenne bilatérale,
3 portaient une adénite épitrochléenne unilatérale,
35 n'en présentaient pas.

D'autre part, 14 nourrissons avaient une R. de W. positive (4 avec signes cliniques nets et 10 sans signe clinique). Parmi eux :

5 présentaient une adénite épitrochléenne bilatérale,
5 présentaient une adénite épitrochléenne unilatérale,
2 présentaient une adénite au tiers moyen ou supérieur
du bras,
2 n'en présentaient pas.

Enfin sur 494 enfants, 196, soit 39 %, avaient une adénite épitrochléenne. Les autres en étaient indemnes.

Malgré ces constatations, l'auteur conclut que ses recherches ne lui ont pas prouvé qu'il y ait un rapport causal entre l'adénite sus-épitrochléenne et la syphilis héréditaire.

Pour ce qui est de l'adénite épitrochléenne du nouveau-né il croit pouvoir conclure qu'il s'agit plutôt d'une déviation de la norme physiologique.

En 1914, M^{lle} REICHENECKER publie sa thèse sur l'adénite sus-épitrochléenne. Les éléments de cette thèse ont été recueillis dans le service de M. le Professeur MARFAN. Elle insiste sur le fait que tous les enfants ont été examinés et tous les diagnostics portés par M. MARFAN lui-même, ce qui réduit les chances d'erreur au minimum. Elle fait, en outre, remarquer que seules les syphilis certaines et les tuberculoses du nourrisson contrôlées par la cuti-réaction de VON PIRQUET ont été comptées comme telles ; enfin, que les enfants, porteurs d'affections cutanées susceptibles de provoquer une adénite sus-épitrochléenne, ont été soigneusement écartés de cette statistique. Elle ajoute « nous avons tenu compte de tous les ganglions épitrochléens sentis, même très petits. »

1°. — Sur 215 nourrissons, 36 soit 16 % étaient porteurs d'une adénite épitrochléenne bilatérale et 31 soit 15 % d'une adénite unilatérale, on peut les répartir comme suit :

17 syphilis certaines avec	17 ad. épi. bil.	soit 36 %	et 11 ad. épi. unil.	soit 23 %
31 syphilis probables avec	7 —	soit 22 %	et 9 —	soit 29 %
12 tuberculoses certaines	3 —	soit 25 %	et 3 —	soit 25 %
14 tuberculoses probables	2 —		et 1 —	
30 rachitismes	3 —	soit 11 %	et 1 —	soit 3 %
11 affections diverses	4 —	soit 4 %	et 6 —	soit 6 %

2°. — Sur 174 enfants au-dessus de 1 an, 23 portaient une adénite épitrochléenne bilatérale soit 13 %, et 38 une adénite unilatérale soit 22 %.

33 syphilis certaines avec	9 ad. épi. bil.	soit 27 %	et 11 ad. épi. unil.	soit 33 %
4 syphilis probables avec	1 —	soit 25 %		
51 tuberculoses certaines	5 —	soit 10 %	et 14 —	soit 27 %
14 tuberculoses probables	4 —	soit 28 %	et 3 —	soit 22 %
31 rachitismes non tuberculeux et non syphil.	1 —	soit 3 %	et 1 —	soit 3 %
35 affections variées	1 —	soit 3 %	et 6 —	soit 17 %
6 affections pleurales	2 —		et 3 —	

L'adénite sus-épitrochléenne lui a paru plus fréquente, mais non constante, dans les formes de syphilis à manifestations multiples que dans les formes à signes atténués; et le volume de l'adénopathie sans rapport avec la gravité du cas.

Elle signale enfin que l'adénopathie épitrochléenne n'a été rencontrée que chez 41 % des nourrissons syphilitiques ayant subi un traitement, tandis qu'elle existait dans 75 % des cas d'hérédosyphilis non soumis à la thérapeutique spécifique.

Réunissant ensuite à sa statistique personnelle celles de GROSSER, de GOTZKY, de REICHE, de MENSI, de GOLDBREICH,

elle recherche le pourcentage de l'adénite épitrochléenne dans les diverses affections : syphilis, tuberculose, rachitisme, micropolyadénie.

Elle tire de l'étude de ces moyennes les conclusions suivantes :

1°. — L'adénite sus-épitrochléenne est assez rare pour qu'il soit rationnel de la considérer comme une déviation de la norme physiologique.

2°. — L'adénite sus-épitrochléenne est très fréquente dans la syphilis héréditaire mais non constante.

3°. — *La syphilis héréditaire est le facteur étiologique le plus important de l'adénite sus-épitrochléenne du nourrisson et de l'enfant.*

4°. — *La tuberculose est, après la syphilis, le facteur étiologique le plus important de l'adénite sus-épitrochléenne.*

5°. — Le rachitisme, si l'on exclut les cas de syphilis et de tuberculose, facteurs eux-mêmes d'adénite sus-épitrochléenne, ne participe que dans une faible mesure à l'hypertrophie des ganglions sus-épitrochléens.

6°. — L'adénite sus-épitrochléenne est le plus souvent accompagnée de polyadénopathie marquée ou de moyenne intensité, mais elle coexiste dans 20 % des cas avec une polyadénite légère.

7°. — L'adénite sus-épitrochléenne accompagnait (dans la statistique de M^{lle} REICHENECKER) 26-fois la splénomégalie, c'est-à-dire dans 65 % des cas.

8°. Enfin, l'auteur note incidemment la fréquence de l'adénite sus-épitrochléenne dans les affections pleurales, sa rareté dans la rougeole.

En 1916, le Docteur LA FETRA (1), dans un mémoire sur la syphilis héréditaire chez les enfants, publié dans le *New-York State medical Journal* en mars 1916, insiste sur la nécessité de rechercher l'adénite épitrochléenne. Il a noté ce symptôme 18 fois sur 60 cas et le considère, associé au WASSERMANN comme un signe de toute première importance.

En 1922 enfin, le Docteur FABRIS à la Société italienne de pédiatrie apporte le résultat de ses recherches sur l'adénite épitrochléenne de l'enfant.

Chez l'enfant de moins de 2 ans, dit-il, on rencontre l'adénite sus-épitrochléenne dans 32 à 33 % des cas d'hérédosyphilis et dans 7 à 8 % des cas de rachitisme et de tuberculose. A cet âge elle doit donc inciter à rechercher la syphilis et sans en justifier à elle seule le diagnostic, elle n'en constitue pas moins, accompagnée d'autres symptômes, un signe d'importante valeur diagnostique.

Dans la 2^e enfance, la syphilis héréditaire cliniquement manifeste s'accompagne d'adénopathie sus-épitrochléenne dans 71 % des cas, la syphilis héréditaire latente dans 63 % des cas. Ce pourcentage s'élève à 83 % si l'infection tuberculeuse vient joindre son action à celle de la syphilis. L'auteur oppose la fréquence de l'adénite épitrochléenne dans la syphilis de la seconde enfance à la rareté de la splénomégalie. Mais d'autre part, il reconnaît que si l'adénite épitrochléenne est quasi-constante dans l'hérédosyphilis,

(1) N'ayant pu nous procurer le mémoire original, nous citons cet auteur d'après Edmond FOURNIER (*Syphilis héréditaire de l'enfance*, in *Traité de médecine de Sergent*.)

syphilis de la seconde enfance, sa fréquence s'élève également dans la tuberculose et dans le rachitisme (respectivement 22 % et 21 %). Tout en maintenant donc ses conclusions pour ce qui a trait à l'hérédo-syphilis, *il attire l'attention sur la nécessité de discuter la valeur de ce signe dans la seconde enfance.*

Pour terminer cet exposé historique, nous signalerons pour mémoire le travail de A. DOUMER (1), sur l'adénite sus-épitrochléenne de l'adulte ; incidemment l'auteur dit quelques mots de l'adénite épitrochléenne de l'enfant.

Nous résumons ses conclusions :

1°. — *La syphilis est seule capable de déterminer l'adénite sus-épitrochléenne* (à l'exclusion de toute autre affection, la tuberculose y compris, et cela aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant).

2°. — Cette adénite est fréquente dans les formes discrètes de la syphilis secondaire et rare dans les formes florides.

3°. — L'adénite sus-épitrochléenne peut persister jusqu'à l'apparition des accidents tertiaires et peut même être le siège de manifestations gommeuses.

Ces conclusions qui seraient également celles de M. le Docteur LÉVY-FRANCKEL reposent sur l'observation des malades de la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis.

(1) A. DOUMER. *Les adénopathies sus-épitrochléennes dans la syphilis*, Thèse de Paris, 1920.

NOUVELLES STATISTIQUES

Avant d'exposer nos statistiques personnelles, il nous paraît indispensable de rappeler brièvement sur quels signes peut être établi, dans l'enfance, le diagnostic de syphilis ou de tuberculose, et de dire quels sont les rapports respectifs de ces deux affections avec le rachitisme et avec la polyadénopathie.

La tuberculose, rare avant trois mois, devient relativement fréquente après six mois, très fréquente après un an.

Son diagnostic est très facile avant un an puisqu'une cuti-réaction positive implique avant cet âge une tuberculose en évolution, d'ailleurs généralement mortelle, sauf s'il s'agit d'une tuberculose chirurgicale.

A mesure que le sujet avance en âge, la cuti-réaction perd de son importance diagnostique « et, au delà de trois ans, elle ne saurait indiquer que l'existence d'un foyer de tuberculose, sans préciser s'il s'agit d'une lésion de tuberculose active ou latente » (1). Force est donc,

(1) RIBADEAU-DUMAS. *Tuberculose de l'enfant*, in *Traité de Médecine de Sergent*,

après cet âge, de s'en tenir à la clinique et il faut reconnaître que le diagnostic de la tuberculose ganglio-pulmonaire de l'enfant est des plus délicats. Il se basera surtout sur l'histoire de l'enfant, ses antécédents familiaux, sur l'anémie, l'existence d'états fébriles prolongés, sur les signes d'auscultation, et l'examen radioscopique : en résumé, sur un ensemble clinique dont chaque élément demande à être interprété et l'évolution suivie avec soin.

La syphilis héréditaire, ou mieux congénitale, peut se révéler précocement dans les premiers mois de la vie ou au contraire, mais plus rarement, ne se manifester en apparence que dans la seconde ou même dans la grande enfance. D'où la division classique, depuis le Professeur FOURNIER, en syphilis héréditaire précoce et syphilis héréditaire tardive.

La syphilis héréditaire précoce se manifeste généralement avant le troisième mois, exceptionnellement après le sixième. Les signes cliniques qui en permettent le diagnostic peuvent être divisés, avec le Professeur MARFAN (1), en signes de certitude et en signes de présomption. Les signes de certitude sont : le pemphigus de la paume des mains et de la plante des pieds, le coryza précoce chronique présentant certains caractères, la mégalosplénie précoce chronique, les syphilides de la peau et des muqueuses, enfin, la maladie de PARROT. Malheu-

(1) Professeur MARFAN. *Diagnostic de la Syphilis congénitale du nouveau-né et du nourrisson* (Presse médicale du 25 avril et du 5 mai 1923).

reusement, il faut reconnaître que ces signes manquent bien souvent et que fréquemment le diagnostic de la syphilis congénitale ne pourra être qu'un diagnostic de quasi-certitude fondée sur un ensemble de signes de probabilité, dont chacun demande à être interprété. Ces signes de probabilité sont nombreux, nous n'en citerons que quelques-uns renvoyant le lecteur pour une étude complète aux leçons publiées par M. MARFAN. Parmi eux, les plus importants sont peut-être : les antécédents (syphilis des géniteurs, la polyléthalité des enfants, le poids anormal du placenta). Certaines affections ou signes présentés par l'enfant (méléna des nouveau-nés, maladie des vomissements habituels, la croissance lente sans raison manifeste, les végétations adénoïdes précoces, l'hydrocèle unilatérale irréductible et persistante, les affections congénitales du cœur, les convulsions essentielles, les encéphalopathies congénitales), enfin, l'adénite sus-épitrochléenne que nous étudions et certaines formes de rachitisme dont nous aurons l'occasion de reparler.

La réaction de WASSERMANN peut-elle faciliter le diagnostic de la syphilis héréditaire précoce ? Oui sans doute, lorsqu'elle apporte un résultat positif dont personne aujourd'hui ne conteste la valeur. Mais bien souvent elle n'apporte qu'un résultat négatif alors même que le nourrisson est manifestement syphilitique. On sait depuis les travaux de E. ROUX (1), que la réaction est presque toujours négative avant le dixième jour, alors même qu'elle

(1) E. ROUX. in SAINT-GIRONS. *La réaction de Wassermann. Le Nourrisson*, novembre 1919, auquel nous empruntons la plupart des détails qui suivent,

deviendra franchement positive un ou deux mois après. Néanmoins, la réaction de WASSERMANN peut rendre de grands services; les travaux de D'ASTROS et TEISSONNIÈRE, confirmés par ceux de M. le P. NOBÉCOURT et de M. le P. BRINDEAU, ont prouvé que, sur une population totale prise au hasard, on trouvait une réaction positive dans 4 à 5 % des cas tant chez les enfants de moins de un an, que chez les mères. La réaction de la mère et celle de l'enfant concordent dans les neuf dixièmes des cas; dans les autres cas, c'est presque toujours la réaction de la mère qui est positive et celle de l'enfant négative. La réaction du sang de la mère pourrait donc être utilisée pour le diagnostic de la syphilis du nourrisson. Chez les enfants syphilitiques ou suspects de syphilis le pourcentage des réactions positives est d'environ 19 %, ce pourcentage se maintenant le même pendant la première année. DETRÉ aurait trouvé une réaction positive dans 75 % des cas lorsqu'il y a des accidents cutanés. Enfin, signalons que chez les athrepsiques la réaction serait positive dans un tiers des cas (M. LESAGE et M^{lle} KOURIANSKY) et DETRÉ sur 35 prématurés l'aurait trouvée positive 17 fois.

Le diagnostic de la syphilis héréditaire tardive est encore plus délicat. Sans doute, elle peut se manifester par des accidents exactement identiques à ceux de la syphilis tertiaire de l'adulte, et dont le diagnostic est relativement aisé malgré l'aspect scrufuloïde que prennent assez souvent les lésions; mais plus souvent elle ne se révèle que par des stigmates. Ceux-ci peuvent être d'origine syphilitique ou ne représenter qu'une simple

dystrophie que la syphilis peut provoquer au même titre que toutes les infections qui frappent l'enfant dans les premières années. Il est d'ailleurs très difficile de distinguer les premiers (stigmates vrais), des seconds (stigmates dystrophiques). Ces stigmates sont nombreux et nous n'en citerons que quelques-uns : croissance retardée, infantilisme, aspect scrofuleux, teint terreux, crâne natiforme, front olympien, front en carène, nez retroussé, nez en lorgnette, saillie osseuse à la surface du nez, exostoses, tibia en lame de sabre, enfin la triade d'HUTCHINSON (dent d'Hutchinson, kératite interstitielle, surdité) et la dent en tournevis auxquels on peut ajouter la polyadénopathie. Mais il faut reconnaître que, si ces stigmates sont nombreux, bien peu sont absolument caractéristiques, et Ed. FOURNIER (1), après les avoir tous étudiés n'en retient que cinq qui sont pour lui pathognomoniques : le crâne natiforme, le tibia en lame de sabre, la dent d'Hutchinson, la dent en tournevis, l'érosion cuspidienne de la première grosse molaire. MM. M. et G. MOZER (2), ont récemment montré que les porteurs d'un de ces cinq stigmates présentaient très souvent une réaction de WASSERMANN positive.

La réaction de WASSERMANN peut d'ailleurs fournir là aussi des renseignements utiles. M. le P. NOBÉCOURT (3), estime à 18 % environ le chiffre des réactions positives

(1) E. FOURNIER. *Syphilis héréditaire de l'Enfance*, in *Traité de Médecine de Sergent*.

(2) M. et G. MOZER. *La Médecine Infantile*, août 1922.

(3) M. le P. NOBÉCOURT. *L'Hérédosyphilis chez les enfants*. *Journal des Praticiens*, 10 mars 1923.

chez les enfants syphilitiques ou suspects de syphilis. Sur l'ensemble des enfants de un à quinze ans, on trouve une réaction de WASSERMANN positive dans 5 % des cas, chiffre qui est le même que pour les enfants de 0 à un an. Ces résultats sont concordants avec ceux de plusieurs autres observateurs opérant dans des milieux très différents, et M. le P. NOBÉCOURT pense que ces chiffres permettent de se faire une idée approximative de la fréquence de la syphilis chez l'enfant. Ce court rappel des signes diagnostiques de l'hérédosyphilis nous permet de comprendre que dans la seconde enfance comme dans la première, le diagnostic de syphilis héréditaire ne sera bien souvent qu'un diagnostic de suspicion.

Le rachitisme, ou, mieux l'ostéo-lymphatisme, comme l'appelle M. le P. MARFAN, doit être considéré comme un syndrome qui peut être « la conséquence de toute infection ou intoxication chronique, survenant dans la période active de l'ossification, dans la période de croissance des os, qui va des derniers mois de la vie intra-utérine à l'âge de la soudure des épiphyses, c'est-à-dire à 18 ans environ » (1). Très fréquent, le rachitisme, si l'on tient compte des cas légers, frappe plus d'un tiers des enfants de 3 mois à 3 ans. Il apparaît le plus souvent pendant la période qui va de la naissance au neuvième mois. Ses causes sont multiples et il peut être dû : à la syphilis ou à la tuberculose, être consécutif à des troubles

(1) M. le P. MARFAN. *Quatre leçons sur le rachitisme*, Baillière 1923, p. 54.

digestifs sérieux ou à une broncho-pneumonie prolongée comme à des pyo-dermites répétées.

Le rachitisme syphilitique présente un certain nombre de caractères que M. MAREAN a mis en évidence. Il débute dans les trois ou quatre premiers mois, il prédomine sur le crâne et s'accompagne d'anémie et de splénomégalie.

Que le rachitisme soit ou non d'origine syphilitique il peut s'accompagner de réaction des organes lymphoïdes ; on note de la polyadénie dans 80 % des cas et de la splénomégalie dans 25 %. Dans sa forme commune, habituelle, il se termine avant quatre ans par la guérison ; les déformations peu prononcées disparaissent, quelques-unes peuvent persister sous forme de stigmates, fait relativement rare eu égard à la fréquence de l'affection.

Quant à la polyadénopathie (1) et à la micropolyadénie, qui n'en est qu'une variété, elles ne font que traduire la réaction de l'organisme contre un élément toxico-infectieux : tuberculose, syphilis, dyspepsie gastro-intestinale, broncho-pneumonie, pyodermite prolongée.

Nous utiliserons ces notions pour la discussion de la valeur diagnostique de l'adénite sus-épitrochléenne. D'autre part, elles expliquent la disposition que nous avons donnée à notre statistique. Allant de la maladie au syndrome, du syndrome au symptôme, nous avons groupé les cas sous les étiquettes suivantes : tuberculose,

(1) **POTIER.** *Polyadénite chronique périphérique chez les enfants* (Thèse de Paris, 1894, et article polyadénie, in *Traité des maladies des enfants* de Grancher et Comby.

syphilis (que ces sujets fussent ou non rachitiques) — rachitisme (sous-entendu non tuberculeux et non syphilitique, avec ou sans polyadénie) — enfin, sous l'étiquette polyadénopathie nous avons groupé les sujets chez lesquels ce symptôme bien que marqué, n'était dû à aucune des affections précédentes.

La statistique que nous présentons ici porte sur 499 nourrissons âgés de moins d'un an.

Les résultats souvent contradictoires obtenus par les auteurs cités plus haut pouvant tenir, croyons-nous, dans une large mesure au mode de recrutement de la population infantile étudiée, nous pensons qu'il est utile de préciser dans quelles conditions cette nouvelle statistique a été faite.

Les nourrissons, dont nous avons classé les observations, étaient traités dans les crèches PARROT et BILLARD du service du professeur MARFAN à l'Hospice des Enfants Assistés. Les enfants placés dans ces crèches sont soit abandonnés, soit mis en dépôt par les parents dans l'impossibilité temporaire d'en prendre soin. Un grand nombre de ces nourrissons ne sont donc atteints que d'affections légères et communes dans le jeune âge, une faible proportion d'affections graves. Il résulte, en outre, du mode de recrutement de ces crèches que ces 499 nourrissons donnent, d'une façon très approchée, l'image de l'état de santé ou de maladie des enfants du premier âge dans le milieu ouvrier parisien. Toutefois, il faut signaler

que les enfants absolument indemnes de toute affection, si légère soit-elle, sont placés dans d'autres crèches, et qu'en conséquence la proportion des cas pathologiques sera un peu plus forte qu'elle n'est en réalité.

Tous ces nourrissons ont été examinés par M. MARFAN et les diagnostics portés par lui.

Nous avons cru utile de diviser notre statistique en trois tronçons. Dans une première partie nous groupons les enfants nouveau-nés (de un jour à un mois) qui constituent les trois quarts du total. Cette forte proportion tenant à des raisons sociales (abandon d'enfant). Dans une deuxième partie nous avons groupé les enfants de un à six mois, dans une troisième les enfants de six mois à un an. La syphilis héréditaire précoce se révélant presque toujours avant le sixième mois, et la tuberculose étant rare avant cet âge, nous espérions ainsi mieux mettre en évidence le rapport de ces deux affections avec l'adénite sus-épitrochléenne. Nous avons enfin subdivisé chaque groupe en tenant compte des considérations rappelées plus haut sur les rapports réciproques de la syphilis, de la tuberculose et du rachitisme.

NOUVEAU-NES

Sur les 320 nouveau-nés qui ont été examinés :

14	présentaient une adénopathie épitrôchléenne bilatérale
24	— — — unilatérale
3	— — — humérale bilatérale
6	— — — unilatérale

Si l'on considère l'adénopathie humérale comme équi-

valente à l'adénopathie épitrochléenne le pourcentage des cas positifs est donc de 14 %.

Si l'on élimine les 13 porteurs d'adénite épitrochléenne ou humérale signalés ci-après dont l'adénite était due à une affection cutanée, la proportion tombe à 10 %.

Ces 320 nouveau-nés peuvent être répartis en plusieurs catégories :

1°. 183 étaient de poids supérieur à 2.500 gr. et ne présentaient que des phénomènes physiologiques (ictère, hydrocèle, etc...) ou des traces de traumatisme obstétrical (paralysie faciale, céphalématome, etc...) ou encore des affections légères et communes (érythème, conjonctivite, coryza vulgaire, diarrhée, etc...).

Il faut signaler en outre que parmi eux :

- 11 avaient une rate légèrement perceptible, 2 une rate grosse.
- 22 une polyadénopathie plus ou moins généralisée et plus ou moins marquée.
- 5 présentaient à la fois une rate perceptible et une polyadénopathie.
- 2 du craniotabès.

Sur ces 183 nouveau-nés on a constaté la présence :

4 fois de ganglions épitrochléens bilatéraux	$\left\{ \begin{array}{l} 1 \text{ par vaccine.} \\ 1 \text{ par périonyxis.} \\ 1 \text{ porteur d'abcès du cou.} \\ 1 \text{ porteur de grosse rate.} \end{array} \right.$
.....	
.....	
.....	

3 fois de ganglions épitrochléens unilatéraux	{	5 par vaccine.
		1 par périonyxis chez un porteur de craniotabès.
		1 porteur de rate perceptible avec gg. hum. du côté opposé.
		5 sans cause reconnue.

3 fois de ganglions huméraux bilatéraux — le lendemain apparaissait une érysipèle.

3 fois de ganglions huméraux unilatéraux	{	2 par vaccine.
		1 par périonyxis.
		1 porteur de rate et gg.
		1 sans cause reconnue.

au total, si l'on élimine les ganglions perceptibles en rapport avec des lésions cutanées, on trouve dans cette première catégorie 9 porteurs d'adénite, soit 4 %.

2°. 96 étaient **débiles ou prématurés**. — Certains présentaient les mêmes affections que les précédents, on trouvait parmi eux :

6 porteurs de rate perceptible, un de rate grosse.

18 porteurs de polyadénopathie.

4 porteurs à la fois de rate perceptible et de polyadénopathie.

1 porteur à la fois de rate perceptible et de craniotabès.

Sur ces 96 débiles, on a constaté la présence :

5 fois d'adénite épitrochléenne bilatérale (2 avaient en outre de la polyadénie).

3 fois d'adénite épitrochléenne unilatérale (1 avec rate perceptible et gg. hum. du côté opposé).

2 fois d'adénite humérale bilatérale (1 avec rate perceptible et polyadénie).

2 fois d'adénite humérale unilatérale (1 avec polyadénie).
au total 12 porteurs de ganglions sur 96 débiles, soit 13 %.

On remarquera qu'il n'y a pas dans cette catégorie d'adénites dues à la vaccine ; on sait que dans les maternités on évite de vacciner les débiles.

3°. 6 étaient jumeaux.

2 jumeaux portaient chacun une adénite épitrochléenne unilatérale.

2 autres jumeaux n'en présentaient pas.

enfin l'un des jumeaux présentait une adénite unilatérale, son jumeau n'en présentait pas.

soit au total 3 adénites sus-épitrochléennes sur 6 jumeaux.

4°. 7 présentaient des malformations.

1 portait une adénite humérale unilatérale (bec de lièvre avec fissure du voile).

6 n'en présentaient pas (1 bec de lièvre simple, 2 pieds bots, 1 pied bot et spina-bifida, 1 méningocele, 1 sténose du pylore.

5°. 2 étaient certainement syphilitiques.

le premier présentait des syphilides du menton et des fissures labiales ; le second, issu de parents syphilitiques, une rate grosse et de la périostite tibiale.

tous deux présentaient une adénopathie épitrochléenne unilatérale.

6°. 25 étaient suspects de syphilis et ont été mis au traitement hydrargyrique ou arsenical.

la R. de W. pratiquée le plus souvent s'est montrée tous jours négative comme il est fréquent de le constater dans les premiers jours de la vie même chez des syphilitiques avérés.

Nous croyons utile, puisqu'il s'agit d'un diagnostic clinique fondé sur un ensemble de signes de suspicion, de donner le détail de chacun des cas.

1. débilité-craniotabès, pas de rate perceptible pas d'ad. épitr.
2. dédoublement de l'arcade dentaire sup. craniotabès, rate grosse.....ad. épitr. bilat.
3. craniotabès-micropolyadénie. voix voilée. pas d'ad. épitr.
4. micropolyadénie-sutures très molles, rate grosse pas d'ad. épitr.
5. anémie intense (teinte maïs) pas de rate perceptiblead. épitr. bilat.
6. ictère foncé, rate percept., ad. axillaire. pas d'ad. épitr.
7. hydrocèle unilat. irréductible, strabisme convergent très marqué..... pas d'ad. épitr.
8. débilité, ictère foncé, œdème sus-pubien et palpébral pas d'ad. épitr.
9. débilité-craniotabès pas d'ad. épitr.
10. débilité, veines crâniennes dilatées, strabisme interne léger pas d'ad. épitr.
11. débilité-hydrocèle bilat., intense-polyadénie pas d'ad. épitr.
12. issu de mère syphilitique en traitement.. pas d'ad. épitr.
13. hypothyroïdie 2° degré, ictère intense et prolongéad. épitr. bilat.
14. vomissements habituels, polyadénie-hydrocéphalie rachitiquead. épitr. unila.
15. purpura-hémorragies des muqueuses, rate volumineusead. épitr. unila. (mais périonyxis).

- | | |
|---|---|
| 16. convulsions-polyadénie, végétations adé-
noïdes |ad. épitr. unila. (mais vac-
cine). |
| 17. prématuré, veines crâniennes dilatées, rate
grosse | pas d'ad. épitr. |
| 18. convulsions, fissures labiales, rate grosse | pas d'ad. épitr. |
| 19. mère à Ste-Anne, tibias incurvés, hype-
rostose de l'astérion | pas d'ad. épitr. |
| 20. athrepsie-onyxis induré, infiltré et non
suppurant |ad. épitr. unila. |
| 21. hypothrepsie 2° degré, foie gros et dur,
circulation veineuse abdominale | pas d'ad. épitr. |
| 22. convulsions essentielles, rien à la ponction
lombaire | pas d'ad. épitr. |
| 23. rate grosse, foie gros et dur..... | — d° — |
| 24. ictère persistant, coryza sanglant..... | — d° — |
| 25. méléna des nouveau-nés, polyadénie.... | — d° — |

Comme on peut le remarquer par le détail de ces obser-
vations les porteurs d'adénite présentaient d'autres symp-
tômes qui à eux seuls auraient engagé la plupart des cli-
niciens à commencer un traitement spécifique. Tandis
que dans les non porteurs beaucoup ne présentaient que
peu de signes de suspicion. Il en résulte que notre pour-
centage sera vraisemblablement inférieur à la réalité. Si
on élimine les 2 porteurs d'adénite ayant une affection
cutanée, il en reste 5 dont l'adénopathie peut être consi-
dérée comme due à un facteur interne, c'est-à-dire 20 %.

7°. Enfin un enfant issu de mère tuberculeuse présen-
tait une rate grosse et dure, de la polyadénie et une adé-
nite épitrochléenne bilatérale.

NOURRISSONS DE UN A SIX MOIS

106 ont été examinés et peuvent se répartir de la façon suivante :

1°. 51 ne présentaient que des affections légères et communes (diarrhée, léger eczéma, légère polyadénie, coryza vulgaire, conjonctivite). Nous avons également rangé dans cette catégorie les nourrissons ne présentant qu'un très léger rachitisme. Parmi eux :

8 avaient une rate légèrement perceptible, 2 une rate grosse.

Si l'on excepte un enfant atteint de pyodermite et porteur de ganglion épitrochléen unilatéral, on ne trouve parmi eux què trois porteurs d'adénopathie épitrochléenne unilatérale, 1 porteur d'adénopathie épitrochléenne bilatérale qui n'étaient ni rachitiques, ni tuberculeux et ne furent pas suspectés de syphilis.

La proportion des porteurs d'adénite dans cette catégorie est donc d'environ 8 %.

2°. 5 étaient tuberculeux (cuti-réaction positive). 2 avaient de la polyadénie. 1 seul présentait un ganglion épitrochléen unilatéral (avec polyadénie).

3°. 2 étaient certainement syphilitiques.

le premier avait été mis au traitement dès sa naissance, l'autre portait des syphilides du menton et une rate grosse, avait une R. de W positive et présentait de la polyadénie, le premier présentait seul des ganglions épitrochléens bilatéraux.

4°. 18 étaient suspects de syphilis et ont été mis au traitement.

la R. de W. pratiquée dans presque tous les cas n'a été positive qu'une seule fois. La cuti-réaction a naturellement été pratiquée pour éliminer la tuberculose.

Nous croyons devoir comme précédemment donner le détail de ces cas suspects.

1. anémie-polyadénie, rate grosse, veines
crâniennes dilatées, craniotabès..... pas d'ad. épitr.
2. anémie, rate grosse, circulation veineuse
abdominale, nez écrasé, craniotabès... pas d'ad. épitr.
3. anémie-polyadénie, rate grosse, sutures
mollesad. épitr. bilat.
4. hypothrepsie-polyadénie, craniotabès ... pas d'ad. épitr.
5. craniotabès-polyadénie marquée pas d'ad. épitr.
6. mère au traitement spécifique, craniota-
bès très marquéad. hum. unil.
7. mère paralytique générale, 5 enfants morts
rachitisme surtout crânien.....ad. hum. unil.
8. mère aliénée, polyadénie-hydrocéphalie.. pas d'ad. épitr.
9. mère hémiplegique-polyadénie pas d'ad. épitr.
10. hypothrepsie-anémie marquée, rate grossead. épitr. bilat.
11. débilité-craniotabès, nez tuméfié à sa base
avec coryzaad. épitr. unil. (mais abcès à
même côté).
12. nez effondré, craniotabès..... pas d'ad. épitr.
13. périostite tibiale, coryza sanglant..... pas d'ad. épitr.
14. hypothrepsie 2° degré, anémie intense,
polyadéniead. épitr. bilat.
15. anémie-polyadénie, circulation veineuse
abdominalead. épitr. unil. ad. hum. unil.
16. anémie-hypothrepsie, craniotabès pas d'ad. épitr.
17. polyadénie-craniotabès, rate grosse.....ad. hum. bilat.
18. fissure palpébrale, craniotabès..... pas d'ad. épitr.

Soit au total 6 porteurs d'adénite sur 18 suspects de syphilis, soit 30 %.

5°. 8 **présentaient un rachitisme marqué**: (6 avec de la polyadénie).

4 portaient une adénite épitrochléenne bilatérale (1 avec craniotabès et splénomégalie).

2 portaient une adénite épitrochléenne unilatérale (1 avec craniotabès et polyadénie).

2 ne présentaient pas d'adénite épitrochléenne, mais du craniotabès.

6°. 22 **présentaient une polyadénie marquée** sans être ni tuberculeux, ni rachitiques, ni suspects de syphilis :

1 portait une adénite épitrochléenne unilatérale.

2 portaient une adénite humérale bilatérale.

2 portaient une adénite humérale unilatérale (l'un avait une plaie de l'index).

NOURRISSONS DE SIX MOIS A UN AN

73 ont été examinés et peuvent être classés dans les catégories suivantes :

1°. 20 **présentaient des affections banales** ou un léger rachitisme, ou une légère polyadénie.

2 d'entre eux avaient une rate perceptible, aucun ne présentait d'adénite épitrochléenne.

2°. 10 **étaient tuberculeux** (cuti-réaction positive), 6 avaient de la polyadénie très marquée.

1 seul portait une adénite épitrochléenne unilatérale (avec polyadénie).

3°. 1 **était certainement syphilitique** (sarcocèle fis-

tulisé, rate grosse, rachitisme crânien, polyadénie) et présentait une adénite humérale unilatérale.

4°. 12 étaient suspects de syphilis et ont été mis au traitement. Nous donnons encore le détail de ces cas suspects.

1. rachitisme crânien, veines crâniennes dilatées, nez écrasé, pied bot varus..... *ad. épitr. bilat.*
2. polyadénopathie, nez écrasé..... *ad. épitr. bilat.*
3. polyadénie, craniotabès, hydrocèle unilatérale irréductible pas d'ad. épitr.
4. nez écrasé, épistaxis..... pas d'ad. épitr.
5. rachitisme crânien très marqué, rate volumineuse pas d'ad. épitr.
6. rachitisme crânien, rate volumineuse, polyadénie réagissant au traitement spécifique *ad. épitr. unila.*
7. jumeau, hypothyroïdisme, anémie, nez écrasé, rachitisme crânien, polyadénie..... *ad. épitr. unila.*
8. prématuré-craniotabès, polyadénie pas d'ad. épitr.
9. convulsions essentielles, rate volumineuse pas d'ad. épitr.
10. polyadénie, anémie, rate grosse..... pas d'ad. épitr.
11. anémie-craniotabès très marqué..... *ad. hum. bilat.*
12. craniotabès-hydrocéphalie au début, réaction au benjoin colloïdal positive dans le liquide céphalo-rachidien..... pas d'ad. épitr.

Soit 5 porteurs d'adénite sur 12 suspects de syphilis.

5°. 23 rachitiques, 10 avec polyadénie (dont 1 avec grosse rate, et 6 avec craniotabès) non suspectés de syphilis, présentaient :

- 1 adénite épitrochléenne bilatérale (avec polyadénie),
- 1 adénite épitrochléenne unilatérale (avec polyadénie),
- les autres n'en présentaient pas.

6°. 5 nourrissons présentaient de la polyadénopathie, aucun n'était porteur d'adénite épitrochléenne.

7°. Enfin 1 eczémateux avec pyodermite présentait une adénite épitrochléenne bilatérale,

et 1 rachitique avec craniotabès, atteint de maladie de Barlow, une adénite épitrochléenne unilatérale (avec polyadénie).

Si maintenant nous résumons cette statistique en éliminant les adénites dues à des lésions cutanées et en considérant l'adénite humérale comme équivalente à l'adénite sus-épitrochléenne, nous constatons que :

A. Sur 320 nouveau-nés, 32, soit 10 % sont porteurs d'adénite.

Ils se répartissent comme suit :

183 affections diverses avec 6 ad. épitr. bil. et 2 ad. épitr. unil....	soit	4 %
96 débilité 7 ad. épitr. bil. et 5 ad. épitr. unil....	soit	11 %
6 jumeaux pas d'ad. épitr. bil. et 3 ad. épitr. unil....		
7 malformations 1 ad. épitr. bil.....		
2 syphilitiques pas d'ad. épitr. bil et 2 ad. épitr. unil.	}	soit 29 %
25 suspects de syphilis.... 3 ad. épitr. bil. et 1 ad. épitr. unil.		
1 tuberculeux 1 ad. épitr. bil.....		

B. Sur 183 nourrissons âgés de 1 à 6 mois, 23, soit 13 % sont porteurs d'adénite.

Ils se répartissent comme suit :

50 affections diverses avec 2 ad. épitr. bil. et 2 ad. épitr. unil....	soit	8 %
5 tuberculeux pas d'ad. épitr. bil et 1 ad. épitr. unil....		
2 syphilitiques 1 ad. épitr. bil.....	}	soit 35 %
18 suspects de syphilis.... 5 ad. épitr. bil. et 1 ad. épitr. unil.		
8 rachitiques 4 ad. épitr. bil. et 2 ad. épitr. unil.		
22 porteurs de polyadénie, 3 ad. épitr. bil. et 2 ad. épitr. unil.		

C. Sur 73 nourrissons âgés de 6 à 12 mois, 9, soit 12 % sont porteurs d'adénite.

On peut les répartir comme suit :

21 affections diverses.	pas d'ad. épitr. bil. et 1 ad. épitr. unil.
10 tuberculeux	pas d'ad. épitr. bil. et 1 ad. épitr. unil.
1 syphilitique	pas d'ad. épitr. bil. et 1 ad. épitr. unil.
12 suspects de syphilis	3 ad. épitr. bil. et 1 ad. épitr. unil.
23 rachitiques	1 ad. épitr. bil. et 1 ad. épitr. unil.
5 porteurs de polyadénie	pas d'ad. épitr.

Enfin, si nous totalisons ces trois groupes, nous trouvons sur 499 nouveau-nés ou nourrissons, 36 porteurs d'adénite bilatérale, soit 7 % et 20 porteurs d'adénite unilatérale, soit 4 %.

On peut les répartir comme suit :

254 affections diverses avec	8 ad. bil.	soit 3 %	et 3 ad. unil.	soit 1 %
96 débiles	7 ad. bil.	soit 7 %	et 5 ad. unil.	soit 5 %
16 tuberculeux	1 ad. bil.		et 2 ad. unil.	
5 syphilitiques	1 ad. bil.	{ soit 21 % }	et 3 ad. unil.	{ soit 8 % }
55 suspects de syphilis	11 ad. bil.		et 2 ad. unil.	
31 rachitiques	5 ad. bil.	soit 17 %	et 3 ad. unil.	soit 10 %
27 porteurs de polyadénie	3 ad. bil.	soit 11 %	et 2 ad. unil.	soit 9 %

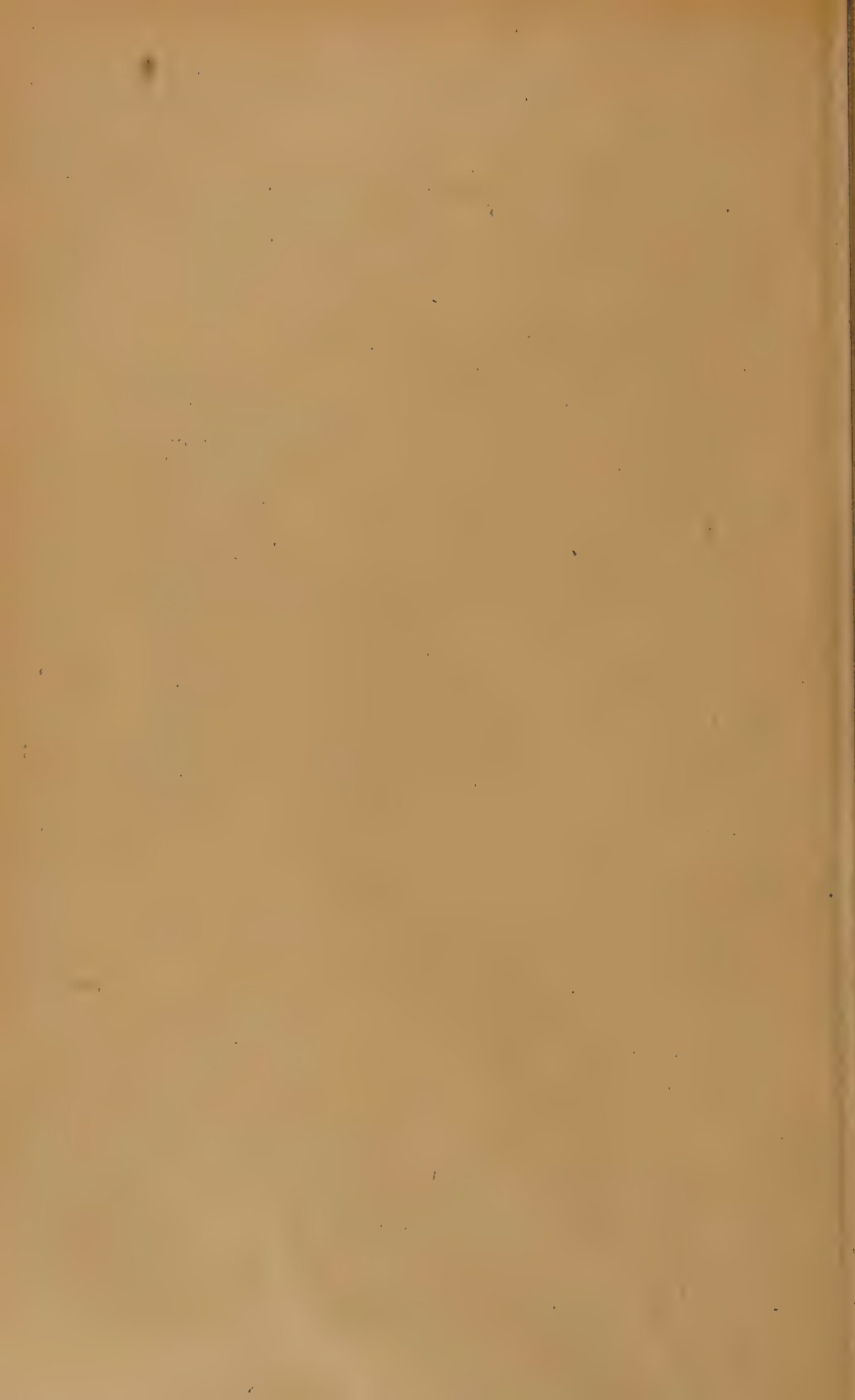
Si l'on examine ces chiffres avec attention, on s'aperçoit que, dans les trois catégories, la syphilis confirmée ou probable vient au premier rang avec un pourcentage important, d'ailleurs toujours approximativement le même.

En descendant dans le détail on constate que dans le premier groupe (nouveau-nés) ce sont les débiles et prématurés qui présentent après la syphilis le pourcentage d'adénopathie épitrochléenne le plus élevé. On convien-

dra qu'il n'est pas téméraire d'affirmer qu'un bon nombre de ces débiles devaient avoir subi plus ou moins l'influence du tréponème : tous les accoucheurs sont d'accord en effet, pour considérer la syphilis comme un des facteurs les plus importants de la prématurité.

Dans le deuxième groupe on est également frappé par ce fait que c'est le rachitisme, qui, après la syphilis, présente le pourcentage le plus important. Mais il s'agit justement ici de ce rachitisme précoce (2 de ces rachitiques avaient moins de trois mois) et on sait, depuis les travaux de M. le professeur MARFAN, qu'un tel rachitisme est bien souvent dû à l'hérédo-syphilis. Il est fort probable enfin qu'un certain nombre des cas de polyadénie signalés chez ces nourrissons de un à six mois, non tuberculeux, peuvent être rapportés également à l'infection spécifique.

Dans la troisième catégorie, c'est encore la syphilis qui tient la première place. Quant à la tuberculose, le nombre des cas observés nous paraît trop petit pour pouvoir formuler une opinion.



ETIOLOGIE ET VALEUR DIAGNOSTIQUE de l'adénite sus-épitrochléenne chez le nourrisson

Nous séparerons ce qui a trait au nourrisson de ce qui a trait à l'enfant âgé de plus d'un an. Deux raisons nous y invitent : 1° les causes morbifiques sont de nature et de fréquence différentes à ces deux époques de la vie ; 2° les conditions de leur diagnostic ne sont pas les mêmes.

Dans l'obligation où nous sommes placés de fonder notre opinion sur des documents statistiques, nous croyons prudent de prendre quelques précautions. Chaque statistique, en effet, est dressée par des auteurs observant des groupes d'enfants différents et ayant adopté des doctrines souvent opposées. Ce n'est donc pas en faisant la moyenne de pareils documents qu'on approchera de plus près la vérité, mais en discutant la valeur de chacun d'eux et en lui demandant uniquement les renseignements qu'il peut donner pour chaque question particulière. Laissant donc de côté les opinions, même traduites en chiffres, nous ne retiendrons que les statistiques suffisamment détaillées pour pouvoir être confrontées : c'est-à-dire celles de REICHE, de GROSSER et DESSAUER, de

GOTZKY, de M^{lle} REICHENECKER, auxquelles nous joindrons la nôtre. Celle de GOLDBREICH nous paraît entachée d'une erreur systématique, cet auteur ne faisant pas mention de la tuberculose chez les nombreux enfants, qu'il a observés. En partant de ces documents, nous essaierons de résoudre les diverses questions que peut poser l'étiologie de l'adénite sus-épitrochléenne.

1^o. — FRÉQUENCE DE L'ADÉNITE SUS-ÉPITROCHLÉENNE
BILATÉRALE ET UNILATÉRALE CHEZ LE NOURRISSON

Seules les statistiques du P. MENSİ et la nôtre ont été établies sur un groupe total (enfants sains ou malades pris au hasard) c'est donc elles que nous retiendrons pour résoudre cette question.

M. MENSİ trouve l'adénite dans 9 % des cas chez le nouveau-né. Nous l'avons trouvée dans 10 % des cas chez le nouveau-né, dans 13 % chez le nourrisson de un à six mois et dans 12 % des cas chez des nourrissons de six mois à un an. On peut donc conclure : sur un groupe de nourrissons pris au hasard, on trouve l'adénite sus-épitrochléenne dans 10 % des cas environ.

S'il s'agit uniquement de nourrissons malades, on trouve des chiffres très différents : 20 % (REICHE), 6,5 % (GROSSER et DESSAUER), 32 % (GOLDBREICH), 32 % (M^{lle} REICHENECKER). Ces différences tiennent évidemment au mode de recrutement des groupes d'enfants étudiés.

Si nous cherchons maintenant la fréquence respective de l'adénite bilatérale et de l'adénite unilatérale, nous trouvons en nous référant aux mêmes statistiques et en

totalisant, ce qui ne saurait entraîner d'erreur, les résultats suivants :

Grosser et Dessauer.....	43 adénites bilat. pour	26 unilatérales
Goldreich	95 adénites bilat. pour	54 unilatérales
M ^{lle} Reichenecker	36 adénites bilat. pour	31 unilatérales
Statistique personnelle	36 adénites bilat. pour	20 unilatérales

Soit 210 adénites bilat. pour 131 unilatérales.

Conclusion : sur 10 adénites épitrochléenne, 6 sont bilatérales et 4 unilatérales. Ce rapport est d'ailleurs très sensiblement le même, que celui donné par notre statistique (36/20).

2°. — VALEUR DIAGNOSTIQUE DE L'ADÉNITE UNILATÉRALE COMPARÉE A CELLE DE L'ADÉNITE BILATÉRALE

Si nous examinons les statistiques plus haut citées, exceptée celle de GOLDBREICH, nous constatons en comparant les pourcentages relatifs aux deux variétés d'adénites, que :

a) l'adénite unilatérale se rencontre dans les mêmes affections que l'adénite bilatérale.

b) que les pourcentages correspondants à l'adénite unilatérale sont exprimés par des nombres plus faibles et plus voisins que ceux qui se rapportent à l'adénite bilatérale.

c) que la syphilis vient en tête de ces pourcentages pour l'adénite unilatérale comme pour l'adénite bilatérale.

Conclusion : tout ce qui s'appliquera à l'adénite bilatérale, s'appliquera également à l'adénite unilatérale, mais avec beaucoup moins de rigueur.

3°. — RAPPORTS DE L'ADÉNITE SUS-ÉPITROCHLÉENNE
AVEC LES RÉACTIONS DES AUTRES ORGANES LYMPHOÏDES

Nous devons nous demander si l'adénopathie sus-épitrochléenne apparaît comme un symptôme isolé ou coexiste au contraire avec la tuméfaction des autres ganglions et l'hypertrophie de la rate.

A. — RAPPORTS AVEC LA POLYADÉNOPATHIE. — La polyadénopathie est un symptôme très fréquemment rencontré au cours de la première enfance et dans notre statistique nous n'avons tenu compte que des cas de polyadénie ou de micropolyadénie marquées. Ces dernières peuvent, comme on sait, résulter de toute toxi-infection chronique : tuberculose, syphilis, troubles digestifs ou broncho-pneumonies prolongés.

En lisant le détail de la statistique on voit que sur 499 nourrissons, 94 (18 débiles, 23 syphilitiques ou suspects de syphilis, 9 tuberculeux, 17 rachitiques, 27 porteurs de polyadénie due à d'autres causes) présentaient ce symptôme. Sur ce même nombre de nourrissons nous avons trouvé 56 fois une adénite épitrochléenne bi ou unilatérale, 28 fois seulement elle coexistait avec la polyadénie (pour les affections précédentes : respectivement 4, 11, 3, 6, 4 fois).

Le P. MENSI (1), étudiant la même question, a trouvé sur 849 nouveau-nés, 99 porteurs de polyadénie (6 fois

(1) Nous exposons sous une autre forme la statistique des auteurs qui suivent.

avec une splénomégalie) et 77 porteurs d'adénite épitrochléenne, ces deux symptômes coexistaient 23 fois.

De même M^{lle} REICHENECKER, sur 390 enfants ou nourrissons trouve 123 fois de la micropolyadénie, 130 adénites épitrochléennes, les deux coexistant 49 fois. Elle conclut que « l'adénite sus-épitrochléenne est le plus souvent accompagnée de polyadénopathie marquée ou de moyenne intensité, mais qu'elle coexiste dans 20 % des cas avec une polyadénie légère » (Thèse, p. 52).

Les trois statistiques aboutissent donc à des résultats identiques qu'on peut résumer comme suit :

1° la polyadénie marquée ou la micropolyadénie est accompagnée d'adénite sus-épitrochléenne dans 25 à 30 % des cas.

2° l'adénite épitrochléenne est accompagnée (28/56 stat. pers., 23/77 M^{nsi}, 49/130 M^{lle} REICHENECKER) dans 30 à 50 % des cas environ d'une polyadénie marquée, parfois seulement d'une polyadénie légère et partielle.

3° enfin, le détail de notre statistique nous permet de conclure que c'est dans la tuberculose (3 coexistences sur 3 adénites) et dans la syphilis (11 sur 16) que les deux symptômes coexistent le plus fréquemment.

B. — RAPPORTS AVEC LA SPLÉNOMÉGALIE. — On sait que la splénomégalie du nourrisson est due le plus souvent à l'hérédo-syphilis dans laquelle elle existe cliniquement 77 fois sur 100 avant trois mois (1), après trois mois elle

(1) M. le P. MARFAN. *Diagnostic de la syphilis congénitale du nouveau-né et du nourrisson*. Presse médicale, 25 avril 1923.

M^{lle} Le SCORNET. *Etude clinique de la splénomégalie dans la première enfance*. Thèse de Paris, 1912.

peut être due également à la tuberculose. Il est donc intéressant de rechercher ces rapports de coexistence avec l'adénite sus-épitrochléenne.

M^{lle} REICHENECKER dans sa thèse (p. 55) sur 215 nourrissons a trouvé 69 adénites épitrochléennes et 40 cas de splénomégalie. Les deux coexistaient 26 fois.

Nous mêmes avons trouvé sur 499 nourrissons 56 adénites épitrochléennes, 27 fois une splénomégalie, les deux coexistant 16 fois.

De ces chiffres, on peut conclure :

1° la splénomégalie se rencontre dans 5 % des cas (nourrissons sains et malades) ou 18 % (nourrissons malades) elle est accompagnée dans les deux tiers des cas d'adénite épitrochléenne.

2° l'adénite épitrochléenne (plus fréquente que la splénomégalie) n'est accompagnée que dans un tiers des cas de splénomégalie.

3° lorsqu'il y a coexistence il s'agit dans plus de la moitié des cas de syphilis (17 sur 26 coexistences, M^{lle} REICHENECKER, 10 sur 16, statistique personnelle). Etant donné la valeur diagnostique bien connue de la splénomégalie, ce résultat ne saurait nous étonner.

4° DANS QUELLES AFFECTIONS RENCONTRE-T-ON L'ADÉNITE ÉPITROCHLÉENNE ET DANS QUELLES PROPORTIONS

Tous les auteurs qui se sont occupés de cette question arrivent aux mêmes conclusions. Si l'on excepte, en effet, HOCHSINGER et A. DOUMER qui considèrent l'adénite sus-épitrochléenne comme pathognomonique de la syphilis,

tous les auteurs reconnaissent que l'adénite épitrochléenne est rare dans les affections aiguës et dans les affections communes, fréquente au contraire dans les affections chroniques : syphilis, tuberculose, rachitisme. Mais en présence d'une adénite sus-épitrochléenne à quelle affection convient-il de penser tout d'abord ?

Seules les statistiques de GROSSER et DESSAUER, de M^{lle} REICHENECKER et la nôtre qui donnent le détail des cas observés peuvent être utilisées pour résoudre cette question. Nous laissons de côté la statistique de GOLDBREICH pour la raison dite plus haut et celle de GORTZKY qui étudie confondus nourrissons et enfants. Nous ne nous occupons que de l'adénite bilatérale.

NOURRISSONS	Syphilis certaine	Syphilis probable	Tubercul. certaine	Tubercul. probable	Rachitisme	Affections diverses
Grosser sur 1.066	6 ad. sur 15	»	1 ad. sur 14	»	8 ad. sur 29	28 ad. sur 1.009
M ^{lle} Reichenecker sur 215	17 ad. sur 47	7 ad. sur 31	3 ad. sur 12	2 ad. sur 4	3 ad. sur 30	4 ad. sur 91
Statistique personnelle sur 499	1 ad. sur 5	11 ad. sur 55	1 ad. sur 16	»	5 ad. sur 31	8 ad. sur 254
Total.....	24 ad. sur 67	18 ad. sur 88	5 ad. sur 42	2 ad. sur 4	16 ad. sur 90	40 ad. sur 1.354

Il faut ajouter à ce tableau sept adénites (sur quatre-vingt-seize débiles) et deux adénites sur soixante-douze polyadénopathies de cause non reconnue qui figuraient dans notre statistique.

Nous voyons que sur un total de 114 adénites bilatérales :

42 s'observent chez des syphilitiques ou des suspects de syphilis.

32 chez des tuberculeux, ou des rachitiques ou des débiles ou des porteurs de polyadénie.

40 au cours d'affections diverses.

La statistique de GROSSER ne comporte qu'une faible proportion de syphilitiques, le diagnostic de syphilis ayant été rejeté devant une réaction de WASSERMANN négative. Il en résulte que cet auteur trouve 15 hérédosyphilitiques sur 1.066 nourrissons, soit moins de 1,5 %; on peut affirmer qu'ils sont très au-dessous de la vérité. Ils ont certainement étiqueté rachitiques un certain nombre d'entre eux. Dans notre statistique personnelle nous avons déjà fait remarquer qu'un certain nombre de rachitiques étaient des rachitiques sans doute syphilitiques, leur rachitisme ayant eu un début précoce. Ces deux statistiques diminuent donc certainement la proportion des adénites relevant de la syphilis. M^{lle} REICHENECKER par contre, sur 215 nourrissons compte 78 syphilitiques ou suspects de syphilis, soit un tiers d'entre eux. Cette proportion dépasse légèrement la moyenne qu'on trouve en étudiant un groupe de nourrissons pris au hasard. Il en résulte que cette troisième statistique rectifie en partie les deux premières; et que le résultat trouvé représente approximativement la vérité, en l'approchant par défaut.

Si l'on remarque enfin qu'il faut observer 1.354 cas d'affections diverses et 249 (tuberculose, rachitisme, polyadénie) pour observer à peu près le même nombre d'adénites que dans la syphilis on peut conclure :

En présence d'une adénite épitrochléenne bilatérale chez un nourrisson il faut penser tout d'abord à l'hérédosyphilis qui en est la cause dans près de la moitié des cas

En second lieu, aux autres affections chroniques du premier âge (rachitisme, tuberculose, aux causes de la polyadénie), enfin, se souvenir qu'on peut la rencontrer dans une affection quelconque.

5°. — FRÉQUENCE DE L'ADÉNITE ÉPITROCHLÉENNE
BILATÉRALE DANS L'HÉRÉDO-SYPHILIS DU NOURRISSON

A. — SYPHILIS AVÉRÉE. — Nous trouvons ici des chiffres très divers suivant les auteurs :

Reiche trouve 9 adénites (uni ou bilatérales) sur 13 hérédos,	soit 69 %
Grosser et Dessauer, 6 adénites bilatérales sur 15 hérédosyphil.	soit 40 %
Goldreich, 60 adénites bilatérales sur 82 hérédosyphilitiques.	soit 73 %
Gotzky (enfants de tout âge), 67 adénites bilatérales sur 73.	soit 90 %
Mensi, 14 adénites (uni. ou bilatérales), sur 26 hérédosyphil.	soit 55 %
M ^{lle} Reichenecker, 17 adénites bilatérales sur 47 hérédosyphil.	soit 36 %

Sachant le rapport qui existe entre l'adénite bilatérale et l'adénite unilatérale (6 sur 4) on peut rectifier les statistiques de REICHE et du P. MENSI, on trouve alors 41 % et 34 %.

GROSSER et DESSAUER ont été très sévères pour le diagnostic de syphilis, on peut donc admettre leur chiffre 40 %, comme une limite inférieure.

GOLDREICH aurait trouvé l'adénite bilatérale dans 73 % des cas et il fait remarquer que tous ses diagnostics sont contrôlés par la réaction de WASSERMANN. S'il en est ainsi, sur les 465 nourrissons de sa statistique il a donc trouvé 82 (syphilitiques récents) et 18 (syphilitiques latents) soit 100 réactions de WASSERMANN positives, soit plus de 20 % de réactions positives sur un groupe d'enfants non triés.

Nous avons vu que sur un tel groupe, nombre d'autres auteurs ne trouvent que 5 % de réactions positives et n'atteignent une proportion de 20 % que sur un ensemble de syphilitiques avérés et de suspects de syphilis. Il est donc permis de croire que si GOLDBREICH n'est pas tombé sur une série heureuse, sa technique de la réaction de WASSERMANN peut prêter à discussion.

GOTZKY, sur 647 enfants de tout âge trouve 73 syphilitiques avec 67 adénites épitrochléennes, soit 90 %. Chiffre impressionnant mais certainement exagéré. L'auteur ayant soin de nous prévenir qu'il a essayé de dépister les cas de syphilis les plus latents, il n'est pas téméraire de penser qu'il a inconsciemment servi les besoins de la cause.

Restent donc en présence les pourcentages suivants: 41 % (REICHE, rectifié), 34 % (P. MENSI, rectifié), 40 % (GROSSER et DESSAUER), 36 % (M^{lle} REICHENECKER). Ils sont remarquablement voisins et correspondent également à l'approximation du Dr. FABRIS (33 %). Nous acceptons donc ce chiffre 35 à 40 % comme représentant le pourcentage de l'adénite épitrochléenne bilatérale (il s'élève à 60 % si l'on ajoute l'adénite unilatérale).

B. — SYPHILIS PROBABLE. — Pour les raisons que nous avons données plus haut nous ne retiendrons que les chiffres suivants : 22 % M^{lle} REICHENECKER, 20 % statistique personnelle, ce sont d'ailleurs les deux seules statistiques qui fassent la distinction entre la syphilis confirmée et la syphilis probable, puisque nous n'acceptons pas les chiffres de GOLDBREICH.

Conclusion : l'adénite sus-épitrochléenne *bilatérale* se

rencontre dans 35 à 40 % des cas d'hérédosyphilis du nourrisson, dans 20 % seulement des cas de syphilis probable.

6°. — FRÉQUENCE DE L'ADÉNITE ÉPITROCHLÉENNE
BILATÉRALE DANS LA TUBERCULOSE

GROSSER et DESSAUER sur 14 tuberculeux notent une adénite bilatérale, soit dans 6 % des cas.

M^{lle} REICHENECKER sur 12 tuberculeux, note 3 adénites bilatérales soit 25 %.

Nous mêmes, sur 16 tuberculeux, une adénite.

Dans les deux dernières statistiques le diagnostic de tuberculose est affirmé sur une cuti-réaction positive, GROSSER et DESSAUER ont sans doute fait de même bien que leur proportion de tuberculeux paraisse très faible (14 sur 1.066 nourrissons). Le pourcentage que nous atteindrons en faisant la moyenne sera donc un peu au-dessous de la vérité. Au total, on trouve 42 tuberculeux, 5 adénites bilatérales, soit 11 %.

La statistique de GÖRZKY donne 68 % mais sur un ensemble de nourrissons et d'enfants. Joindre sa statistique aux précédentes serait donc une grosse erreur étant donné la fréquence très différente de la tuberculose dans la première année et dans les suivantes.

Conclusion : l'adénite épitrochléenne bilatérale ne se rencontre que dans 11 % des cas de la tuberculose du nourrisson.

7°. — FRÉQUENCE DE L'ADÉNITE ÉPITROCHLÉENNE
BILATÉRALE DANS LE RACHITISME (NON SYPHILITIQUE
ET NON TUBERCULEUX)

GROSSER et DESSAUER trouvent 27 %, GOLDREICH 11 %, GOTZKY 18 % (mais à tout âge), M^{lle} REICHENECKER 11 %, statistique personnelle 17 %.

Nous avons vu que GROSSER et DESSAUER ont compté certainement trop de rachitiques au détriment de la syphilis ; GOLDREICH a certainement fait l'inverse s'étant basé sur une réaction de WASSERMANN trop favorable au diagnostic de syphilis. Les chiffres de ces auteurs doivent donc nous donner deux limites : le premier un maximum, le second un minimum. Nous avons vu également que le nombre des rachitiques dans nos statistiques personnelles était certainement trop élevé au détriment de la syphilis, c'est donc entre 11 et 15 % environ qu'il convient de placer le pourcentage de l'adénite bilatérale dans le rachitisme.

Conclusion : on trouve l'adénite épitrochléenne bilatérale dans 11 à 15 % des cas de rachitisme (non syphilitique et non tuberculeux).

8°. — FRÉQUENCE DE L'ADÉNITE SUS-ÉPITROCHLÉENNE
DANS LA POLYADÉNIE

Nous avons vu plus haut les rapports de l'adénite sus-épitrochléenne avec la polyadénopathie prise dans son ensemble. Ici, nous ne nous occupons que de la polyadé

nie ne relevant ni de la syphilis, ni de la tuberculose ni du rachitisme.

Dans notre statistique on trouve 27 cas de polyadénie marquéé avec 2 adénites bilatérales, soit 8 %. GOTZKY sur des enfants de tout âge trouve 72 polyadénies avec 3 adénites bilatérales, soit 4 %.

Si nous comparons ces chiffres à ceux trouvés, par les différents auteurs, pour les affections diverses : GROSSER et DESSAUER 2,8 %, GOLDBREICH 5 %, M^{lle} REICHENECKER 4 %, statistique personnelle 3 %, on peu conclure : l'adénite épitrochléenne bilatérale dans la polyadénopathie, ne relevant ni de la syphilis, ni de la tuberculose, ni du rachitisme est à peine plus fréquente (4 à 8 %) que dans les affections diverses (moyenne 2 %).

CONCLUSIONS GÉNÉRALES. — CHEZ LE NOURRISSON

1° l'adénite épitrochléenne se rencontre dans 10 % des cas sur un groupe d'enfants pris au hasard. Elle est bilatérale dans 60 % des cas, unilatérale dans 40 %.

2° les deux adénites uni ou bilatérales se rencontrent dans les mêmes affections, mais la première avec moins de fréquence et de régularité que la seconde.

3° l'adénite sus-épitrochléenne coïncide presque toujours avec une polyadénie marquée (30 à 50 % des cas) et dans un tiers des cas avec la splénomégalie.

4° la présence d'une adénite épitrochléenne *bilatérale* doit faire soupçonner, chez le sujet qui en est porteur, l'hérédo-syphilis qui en est la cause dans près de la moitié des cas ; après la syphilis les affections chroniques du

premier âge (tuberculose, rachitisme). Enfin, elle peut se voir dans les affections communes.

5° inconstance de la syphilis, on la trouve dans 35 à 40 % des cas de syphilis avérée, dans 20 % des cas de syphilis probable.

6° elle se rencontre avec une fréquence à peu près égale dans la tuberculose (11 %) et le rachitisme non syphilitique et non tuberculeux (11 à 15 %), un peu moins souvent dans la polyadénie ne dépendant pas des causes précédentes, rarement enfin dans les affections aiguës et communes.

En résumé : peu intéressante pour le diagnostic de la tuberculose et du rachitisme, l'adénite sus-épitrochléenne bilatérale, grâce à sa fréquence dans l'hérédosyphilis et à sa persistance, constitue un véritable stigmate de cette affection qu'elle doit faire soupçonner et rechercher chez tout nourrisson qui en est porteur.

ÉTIOLOGIE ET VALEUR DIAGNOSTIQUE de l'adénite sus-épitrochléenne chez l'enfant âgé de plus d'un an

Utilisant les mêmes statistiques, nous allons rechercher la fréquence et la valeur diagnostique de l'adénite sus-épitrochléenne chez l'enfant ; nous serons cette fois plus rapides et exposerons le résultat de nos calculs en indiquant la source des renseignements utilisés.

1°. — FRÉQUENCE DE L'ADÉNITE ÉPITROCHLÉENNE BILATÉRALE ET UNILATÉRALE CHEZ L'ENFANT

Les statistiques établies uniquement sur l'enfant sont les suivantes :

Grosser et Dessauer...	831 enfants...	50 ad. bilat. et 34 ad. unilat.	soit 10 %
Goldreich,	616 enfants...	123 ad. bilat. et 77 ad. unilat.	soit 32 %
M ^{lle} Reichenecker	174 enfants..	23 ad. bilat. et 38 ad. unilat.	soit 35 %

Comme on le verra plus loin, nous mêmes avons trouvé :
sur 309 enfants: 32 ad. bilat. et 41 ad. unilat., soit 23 %

On voit que la fréquence varie beaucoup suivant les auteurs ce qui tient certainement au mode de recrutement

des enfants étudiés. Il est à noter que tous les auteurs, sauf GOLDREICH, trouvent un pourcentage plus élevé que chez le nourrisson. Notre pourcentage étant établi sur des enfants cliniquement sains ou supposés tels, celui de M^{lle} REICHENECKER sur les enfants atteints d'affections graves, nous accepterons un pourcentage moyen de 25 %, qui répond d'ailleurs à la moyenne des pourcentages des différents auteurs. GOTZKY trouve 16 %, HESS 13 %, mais leurs statistiques comprennent à la fois des nourrissons et des enfants.

Comme chez le nourrisson, l'adénite unilatérale paraît un peu moins fréquente que l'adénite bilatérale, nous verrons plus loin qu'elles se rencontrent dans les mêmes affections.

Etant donnée la fréquence de la polyadénie dans l'enfance nous n'étudierons pas ses rapports avec l'adénite épitrochléenne.

2°, — DANS QUELLES AFFECTIONS RENCONTRE-T-ON L'ADÉNITE
ÉPITROCHLÉENNE ET DANS QUELLES PROPORTIONS

Seules les statistiques de GROSSER et DESSAUER et de M^{lle} REICHENECKER sont utilisables, GOLDREICH, dans sa statistique omettant la tuberculose.

ENFANTS	Syphilis certaine	Syphilis probable	Tubercul. certaine	Tubercul. probable	Rachitisme	Affections diverses
Grosser et Dessauer sur 31	3 ad. sur 14	»	19 ad. sur 106	»	6 ad. sur 48	22 ad. sur 668
M ^{lle} Reichenecker sur 174	9 ad. sur 33	1 ad. sur 4	5 ad. sur 51	4 ad. sur 14	1 ad. sur 31	1 ad. sur 35
Total.....	12 ad. sur 47	1 ad. sur 4	24 ad. sur 157	4 ad. sur 14	7 ad. sur 7	23 ad. sur 703

Au total, 71 adénites bilatérales se répartissant comme suit :

13 chez des syphilitiques ou des suspects de syphilis.

28 chez des tuberculeux.

7 chez des rachitiques.

23 au cours d'affections diverses.

Mais nous avons déjà fait remarquer que la proportion d'hérédo-syphilis était trop faible dans la statistique de GROSSER et DESSAUER (14 sur 381) au profit des rachitiques ; elle est par contre un peu forte dans la statistique de M^{lle} REICHENECKER.

On peut donc accepter ce résultat comme assez voisin de la vérité, d'autant plus que dans la statistique de M^{lle} REICHENECKER, prise isolément, on trouve également 9 adénites chez des tuberculeux, contre 10 chez des syphilitiques sur un total de 21.

On peut donc conclure que l'adénite épitrochléenne bilatérale de l'enfant se voit dans plus de la moitié des cas, soit dans la tuberculose, soit dans l'hérédo-syphilis, à peu près par parties égales. Dans l'autre moitié des cas on l'observe chez des rachitiques ou au cours d'affections diverses. Ce résultat ne peut nous étonner, nous savons la tuberculose une cause possible d'adénite épitrochléenne, et nous savons combien sa fréquence augmente après la première année.

Nous ne ferons que citer les statistiques de GÖTZKY (sur 86 adénites bilatérales, 67 trouvées chez des syphilitiques, 11 chez des tuberculeux) et de HESS (sur 15 adénites épitrochléennes, 9 trouvées chez des syphilitiques, 2 chez des tuberculeux) car ces auteurs étudient à la fois des nour-

rissons et des enfants sans que nous connaissions la proportion respective des deux catégories. D'autre part, nous savons que la proportion des syphilitiques de GORTZKY doit être considérée comme trop forte.

3°. — FRÉQUENCE DANS L'HÉRÉDO-SYPHILIS DE L'ENFANT

Grosser et Dessauer sur	14	hérédo-syphilitiques, trouvent	3	adénites bilatérales.
Goldreich	112	trouve	75	adénites bilat.
M ^{lle} Reicheneker	33	trouve	9	adénites bilat.
M ^{lle} Reicheneker	4	syphilitiques prob. trouve	1	adénite bilat.
			163	88

Nous avons déjà vu que GROSSER et DESSAUER ont un nombre insuffisant d'hérédo-syphilitiques dans leur statistique, GOLDBREICH, au contraire, une proportion trop forte ; leurs résultats se compensent donc en partie. Au total, on trouverait donc 88 adénites sur 163 hérédo-syphilitiques, soit 52 %, mais ce chiffre doit être un peu trop élevé étant donné le nombre important que donne GOLDBREICH. La statistique de M^{lle} REICHENECKER prise isolément donne en effet 32 %. Quoi qu'il en soit, il est possible que l'adénite épitrôchléenne soit un peu plus fréquente chez les enfants syphilitiques que chez les nourrissons syphilitiques, ce signe apparaissant peut être plus facilement dans l'hérédo-syphilis tardive que dans l'hérédo-syphilis précoce. Quant aux chiffres de GORTZKY, 90 % et du docteur FABRIS ils paraissent trop élevés.

4°. — FRÉQUENCE DANS LA TUBERCULOSE

Grosser et Dessauer sur	106 tuberculeux trouvent	19 adénites bilatérales
M ^{lle} Reichenecker	51	5
M ^{lle} Reichenecker	14 tuberculeux probables	4
	171	28

soit environ 15 %.

Il est à remarquer que le pourcentage reste à peu près le même que dans la tuberculose du nourrisson. Ce chiffre ne correspond pas à celui de GOTZKY (11 adénites sur 16 tuberculeux), il s'agit là d'une série heureuse et le nombre des tuberculeux est trop petit par rapport au précédent pour en infirmer les résultats. Par contre, il se rapproche sensiblement de celui du docteur FABRIS (22 %).

5°. — FRÉQUENCE DANS LE RACHITISME

Grosser et Dessauer sur	43 rachitiques trouvent	6 adénites bilatérales
M ^{lle} Reichenecker sur	31 rachitiques trouvent	1 adénite bilatérale

Mais nous savons que GROSSER et DESSAUER ont compté comme rachitiques fort probablement un certain nombre d'hérédo-syphilitiques. On peut donc conclure que chez l'enfant l'adénite sus-épitrochléenne ne se rencontre guère que dans 10 % des cas de rachitisme (ou 7 fois sur 74).

GOLDREICH donne 16 %, mais omet les tuberculeux dans sa statistique ; GOTZKY donne 18 % (à tout âge). Enfin le docteur FABRIS donne le chiffre de 23 %, qui paraît également trop élevé.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES. — CHEZ L'ENFANT

1°. l'adénite épitrochléenne est un peu plus fréquente que chez le nourrisson.

2°. elle se voit dans l'hérédo-syphilis aussi souvent, peut être même plus souvent, que dans la première enfance, mais sa valeur diagnostique diminue : le nombre des cas d'adénites dues à la tuberculose augmentant considérablement dans la seconde enfance.

3° sa fréquence dans la tuberculose reste à peu près la même que dans la première année, sa fréquence dans le rachitisme tend au contraire à diminuer.

En résumé, en présence d'une adénite épitrochléenne chez un enfant, on doit penser en premier lieu à l'hérédo-syphilis et à la tuberculose qui sont par parties égales, en cause dans la moitié des cas. Dans les autres cas il s'agit soit de rachitisme, soit d'affections quelconques.

Bien que n'étant pas un signe spécifique, par sa persistance et la facilité de sa recherche elle constitue un stigmate qui peut mettre sur la voie d'un diagnostic d'hérédo-syphilis ou de tuberculose.

Ayant la possibilité à l'Hospice des Enfants-Assistés d'observer un grand nombre d'enfants sains ou supposés tels, mis en dépôt par les parents dans l'impossibilité temporaire d'en prendre soin, nous avons recherché chez 309 d'entre eux pris au hasard, l'adénite sus-épitrochléenne. Nous avons pour but de vérifier si cette adénopathie pouvait nous faire dépister une syphilis héréditaire ou une tuberculose latentes. L'intérêt de l'adénite

sus-épitrochléenne est en effet d'être un stigmate, elle a beaucoup moins d'importance quand le diagnostic est affirmé par d'autres signes.

Parmi ces enfants, dont le plus grand nombre était âgé de 4 à 14 ans, nous en avons éliminé 3 porteurs d'adénite bilatérale ou unilatérale, mais qui présentaient de la pyodermite ou une plaie infectée des doigts. Il restait encore 32 porteurs d'adénite bilatérale, 41 porteurs d'adénite unilatérale, soit respectivement 10 % et 13 %.

Ce pourcentage 23 % est bien plus élevé que celui donné par des nourrissons pris au hasard (10 %). Cette plus grande fréquence de l'adénite sus-épitrochléenne chez l'enfant teint vraisemblablement à la plus grande fréquence de la tuberculose, peut être aussi au fait que l'hérédosyphilis tardive s'accompagne plus volontiers d'adénopathies que l'hérédosyphilis précoce. Cependant nous devons signaler une cause d'erreur possible. Un grand nombre des enfants que nous avons observés présentaient des excoriations superficielles et non infectées, et nous ne savons pas si de telles lésions sont susceptibles de déterminer une adénite. D'autre part, si l'interrogatoire et l'étude du tégument permettent chez le nourrisson d'éliminer aisément les infections cutanées, il n'en est plus de même chez l'enfant, et nous ignorons combien de temps après une lésion cutanée peut persister l'adénite qui lui a succédé. Ces causes d'erreur si elles existent, ayant été certainement les mêmes pour les auteurs qui se sont occupés de la question, nous croyons pouvoir comparer nos résultats aux leurs.

Sur les 309 enfants dont nous parlions plus haut, 21 por-

teurs d'adénite n'ont pu être examinés complètement par suite de leur sortie. Il en reste donc 27 porteurs d'adénite bilatérale, et 27 porteurs d'adénite unilatérale dont nous avons pu faire l'examen complet. Pour classer nos observations une première difficulté surgit, celle du diagnostic. Un sujet pouvant être à la fois tuberculeux, rachitique, et suspect d'hérédo-syphilis. Comme on le verra plus loin, nous les avons classés du mieux qu'il était possible en allant du simple au complexe, en nous guidant sur les stigmates qu'ils pouvaient présenter.

La **cuti-réaction** pratiquée dans tous les cas a été toujours positive, comme il fallait s'y attendre, excepté dans 5 cas. Elle ne peut donc fournir aucun élément diagnostique.

La **réaction de Wassermann** a été faite suivant la technique de WASSERMANN et suivant la technique de HECHT pour chaque sang examiné. Pour des raisons indépendantes de notre volonté nous n'avons pu la pratiquer que 30 fois. Elle s'est montrée toujours négative.

Ce résultat négatif a une certaine valeur. Si l'adéno-pathie sus-épitrochléenne était un signe pathognomonique de syphilis, nous pouvions espérer 38 % (LACAPÈRE) de résultats positifs. Si le groupe étudié était composé uniquement de syphilitiques et de suspects de syphilis, nous pouvions espérer 20 % (M. le professeur NOBÉCOURT) de réactions positives. Il est fort probable alors que nous en aurions eu au moins quelques-unes. Les enfants étudiés se sont comportés vis-à-vis de la réaction de Wassermann comme un groupe d'enfants pris au hasard.

Il nous restait donc uniquement pour établir notre

diagnostic de suspicion, la *radioscopie et l'examen clinique*. Nous avons donc recherché tous les stigmates de rachitisme et d'hérédo-syphilis, les signes de tuberculose, et fait pratiquer la radioscopie. Les signes constatés nous permettent le classement suivant :

1°. 16 enfants ne présentaient ni signes, ni stigmates pathologiques.

5 portaient une adénite bilatérale, 11 une adénite unilatérale

2°. 12 présentaient des signes de rachitisme.

a) rachitisme du thorax et des membres.

4 rachitisme marqué (3 adénites bilatérales, 1 unilatérale).

3 rachitisme léger (2 adénites bilatérales, 1 unilatérale).

b) rachitisme crânien.

2 rachitisme marqué (1 adénite bilatérale, 1 unilatérale).

3 rachitisme léger (2 adénites bilatérales, 1 unilatérale).

3°. 17 pouvaient être suspectés de tuberculose, la radioscopie montrant une adénopathie trachéo-bronchique plus ou moins marquée, la cuti-réaction étant presque toujours très intense. Certains présentaient des antécédents de tuberculose osseuse.

a) tuberculose probable, sans autre signe.

5 adénites bilatérales, 4 adénites unilatérales.

b) tuberculose probable, avec rachitisme léger du thorax ou des membres.

3 adénites bilatérales, 2 adénites unilatérales.

c) tuberculose probable, avec rachitisme crânien léger.

1 adénite bilatérale. 1 adénite unilatérale.

d) tuberculose probable, avec léger rachitisme crânien et nez écrasé à sa base.

1 adénite unilatérale.

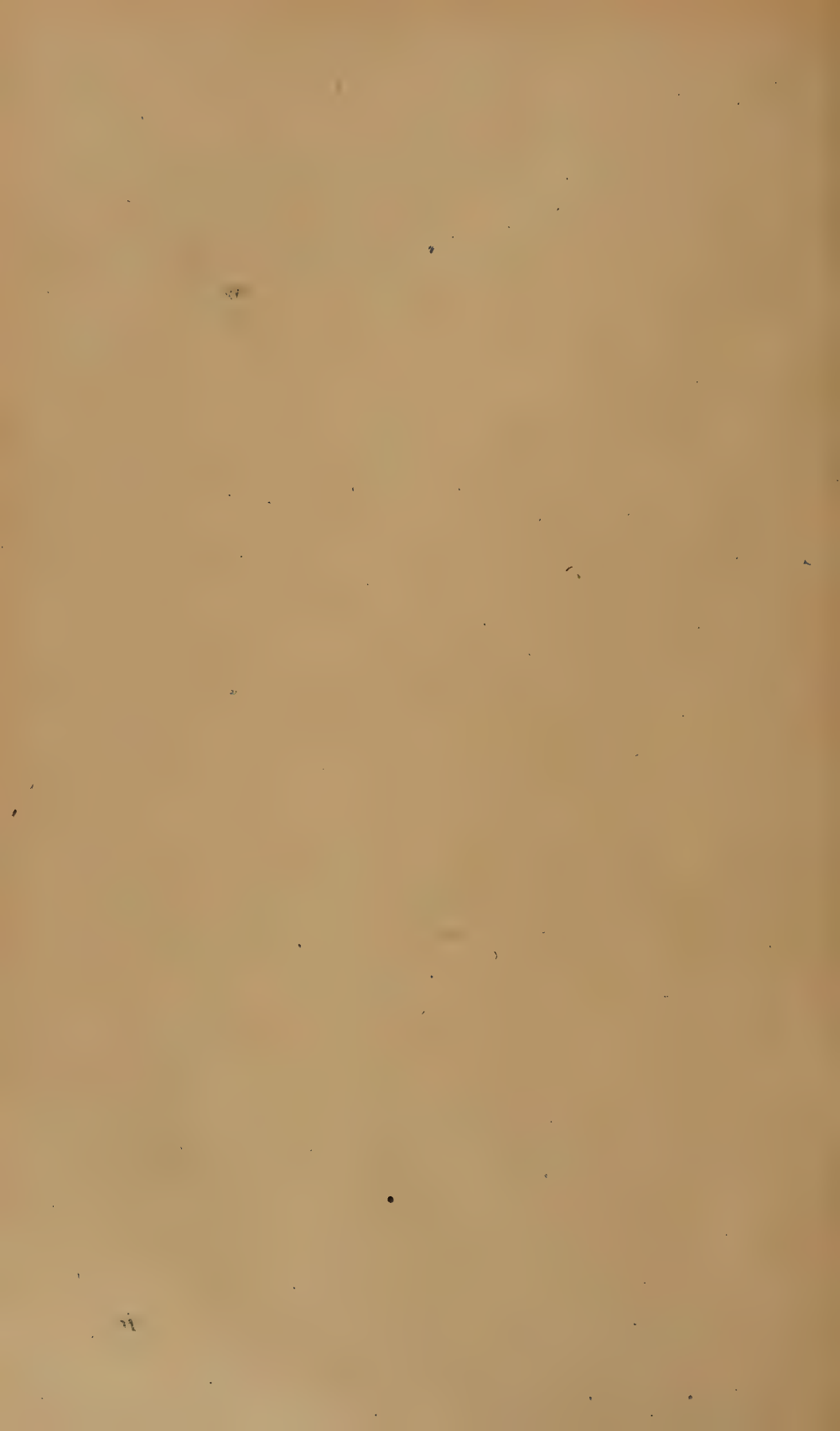
4°. 9 présentaient des stigmates plus ou moins caractéristiques d'hérédo-syphilis.

1. nez effondré	adén. épitr. bilatérale.
2. nez effondré	adén. épitr. unilatérale.
3. nez effondré, rachitisme crânien net....	adén. épitr. unilatérale.
4. nez effondré, rachitisme crânien net....	adén. épitr. bilatérale.
5. bosses pariétales et frontales très saillantes, nez écrasé	adén. épitr. bilatérale.
6. dents en gradin (cuti-réaction négative) ..	adén. épitr. bilatérale.
7. dents d'Hutchinson (sœur de la précédente)	adén. épitr. unilatérale.
8. bosses pariétales saillantes, cataracte bilatérale et partielle	adén. épitr. bilatérale.
9. strabisme, dents irrégulières, inégales, incisives médianes, déviées, érodées, et striées, bosses frontales et pariétales très saillantes, hypopsychie	adén. épitr. unilatérale.

On voit par ce tableau que la moitié des adénites épitrochléennes constatées chez ces enfants supposés sains, existaient en réalité chez des enfants suspects de tuberculose, ou suspects d'hérédo-syphilis. L'autre moitié des porteurs d'adénite présentait uniquement des stigmates de rachitisme ou de la polyadénie, si commune dans l'enfance.

Signalons enfin, qu'ayant observé souvent des frères et des sœurs, il ne nous a pas semblé qu'on ait plus de chances de trouver une adénite sur un sujet lorsque son frère ou sa sœur en présentait.

Pour terminer, nous signalerons qu'une vingtaine de ces enfants ayant fait la *rougeole*, nous n'avons pas constaté la tuméfaction du ganglion sus-épitrochléen au cours de cette maladie, chez les sujets qui auparavant n'en étaient pas porteurs.



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique du ganglion sus-épitrochléen lui-même n'ayant jamais été faite à notre connaissance, nous croyons intéressant de décrire les lésions que nous avons trouvées sur le seul ganglion tuméfié dont nous avons pu faire l'examen histologique. Malheureusement pour des raisons connues de tout médecin il nous a été impossible de choisir et nous avons dû nous contenter de la pièce qu'un heureux hasard nous offrait.

Le ganglion sus-épitrochléen dont nous donnons la description a été prélevé sur un enfant de trois ans et demi, ayant eu quelques mois auparavant la rougeole, puis une diphtérie pharyngée pour laquelle nous l'avons soigné. A l'examen, il portait des stigmates nets de rachitisme (tibias incurvés, malléoles élargies, polyadénie surtout cervicale et inguinale, bosses pariétales légèrement saillantes avec ébauche de crâne natiforme, voûte palatine ogivale) — aucun signe net d'hérédo-syphilis (pas de stigmate dentaire, ni oculaire) — état général satisfaisant,

Nous voulons remercier ici notre collègue et ami J. Debray, préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté, dont les conseils nous ont été précieux pour rédiger ce chapitre.

mais pâleur. L'auscultation ne révélait rien d'anormal. La radioscopie montrait à droite de petites ombres hilaires, témoins d'une adénopathie minime mais assez dense. La cuti-réaction était positive, la réaction de Wassermann négative. Cet enfant était porteur de ganglions épitrochléens, bilatéraux du volume d'un pois, et très mobiles.

Lors de son ablation, ce ganglion n'adhérait pas au tissu cellulaire voisin ; sa coloration était gris rosé, sa consistance assez ferme mais élastique.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

1°. Plusieurs frottis imprégnés suivant la méthode de FONTANA-TRIBONDEAU ne nous ont pas montré l'existence de tréponèmes.

2°. Après coloration à l'hématéine-éosine et à l'hématéine-Van Gieson, l'examen microscopique montrait :

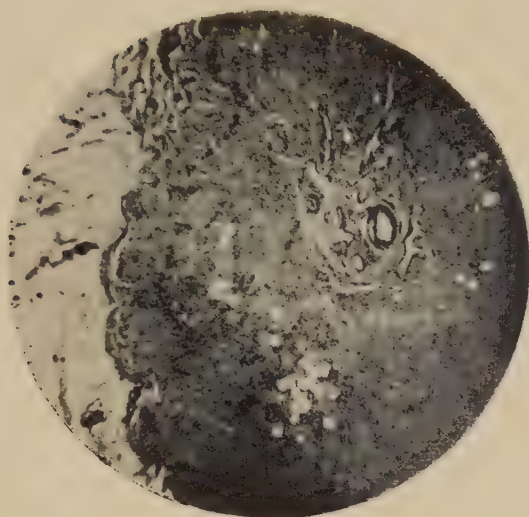
a) **au petit grossissement.** La coque conjonctive normale. Le tissu lymphoïde normal (sans hyperplasie, sans sclérose du réticulum, les sinus lymphatiques normaux, les centres germinatifs bien nets).

Par contre, dans la région hilaire, existait une légère sclérose, surtout péri-vasculaire, qu'on retrouvait à un degré moindre autour des vaisseaux de la région juxta-hilaire. L'endothélium des vaisseaux était normal.

b) **au fort grossissement.** On ne constatait que la présence de cellules lymphatiques normales sans caryokineses, sans plasmocytes.

En résumé : **légère sclérose périvasculaire**, sans autre lésion, témoignant en faveur d'une irritation venue par voie sanguine.

GANGLION SUS-ÉPITROCHLÉEN



Au grossissement n° 1



Au grossissement n° 4

Dans ces deux coupes la sclérose se détache en clair

Pour pouvoir comparer ces lésions à celles d'autres ganglions pathologiques, nous rappellerons brièvement l'histologie pathologique du ganglion syphilitique, tuberculeux et rachitique puisque la syphilis, la tuberculose, et le rachitisme nous sont connus comme les trois grandes causes de l'adénite sus-épitrochléenne.

GANGLION SYPHILITIQUE

Nous décrirons ces lésions d'après DOYEN qui les a particulièrement étudiées :

« Les voies lymphatiques, à l'intérieur du ganglion, sont généralement dilatées ; dans la substance médullaire, leur endothélium est bien visible et semble normal, mais on observe un épaissement de la gaine conjonctive des artérioles.

« Les travées fibreuses dépendant de la capsule du ganglion sont élargies, et l'on remarque de la congestion des capillaires sanguins chargés d'une abondance de globules blancs.

« Les sinus lymphatiques sont bourrés de cellules et laissent à peine entrevoir leur réticulum.

« Les follicules forment de petites masses globuleuses qui se reconnaissent au tassement et au faible diamètre de leurs éléments nucléaires ; ils sont semés de capillaires où prédominent les globules rouges.

« Ces altérations existent au maximum dans les ganglions du foie, de la rate ; *les ganglions superficiels sont d'un moindre volume et partant moins altérés. On y remarque une accumulation extrême de cellules lymphatiques.* »

De même CARLES, décrivant les mêmes ganglions, considère que la lésion prédominante est la sclérose qui fragmente le ganglion étouffant le parenchyme. Il note également l'endo et la périvascularite, le peu de netteté des centres germinatifs, la présence de quelques mastzellen, l'absence de cellules géantes et de gomme.

Ces deux auteurs admettent donc qu'il existe chez les jeunes enfants une adénopathie spécifique, indépendante des lésions cutanées ou muqueuses. Longtemps contestée, cette adénopathie de l'hérédosyphilis est aujourd'hui admise par tous dans la cachexie hérédosyphilitique, mais pour certains auteurs c'est dans l'hérédosyphilis tardive qu'on la rencontre le plus volontiers (1).

GANGLION TUBERCULEUX

POTIER qui s'est occupé de cette question après MM. LESAGE et PASCAL distingue deux cas.

1°. Dans une première catégorie, les ganglions tuberculeux présentent des lésions macroscopiques, manifestement tuberculeuses.

2°. Dans une seconde catégorie, les ganglions ne présentent pas l'apparence tuberculeuse et inoculés au cobaye ne le tuberculisent qu'en cas de granulie. La lésion dominante est encore la sclérose qui épaissit la capsule ganglionnaire, les travées conjonctives, et étouffe le parenchyme.

(1) P. HUTINEL. *Les maladies des enfants*, tome II, p. 199.

GANGLIONS DANS LE RACHITISME

M. le professeur MARFAN qui a étudié particulièrement les organes lymphoïdes dans le rachitisme distingue deux ordres d'altération.

« 1°. De la congestion et une^{*} accumulation des cellules lymphatiques qui s'y rencontrent à l'état normal ; on y voit aussi assez souvent des myélocytes ; dans les ganglions lymphatiques cette altération est surtout marquée dans la zone des follicules corticaux. 2° une sclérose plus ou moins accusée. L'une ou l'autre de ces altérations prédomine ; elles sont parfois mélangées en égale proportion. Il semble que les secondes représentent un stade plus avancé que les premières » (1).

On voit par ces descriptions qu'il est difficile de dire si le ganglion que nous avons décrit appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories. L'enfant sur lequel nous l'avons prélevé était certainement rachitique, certainement tuberculisé, peut être hérédo-spécifique ; et les lésions constatées n'imposent pas d'opinion diagnostique.

Tout ce qu'on peut affirmer par l'examen des coupes, c'est que rien ne permet de supposer qu'il s'agit d'une infection par voie lymphatique, et qu'au contraire la *légère périvascularite constatée est en faveur d'une toxoinfection d'origine sanguine.*

(1) P. MARFAN. *Quatre leçons sur le rachitisme*, p. 42.

ESSAI DE PATHOGÉNIE

La tuméfaction d'un ganglion pouvant être secondaire soit à une infection qui lui parvient par voie lymphatique, soit à une toxi-infection qui lui parvient par voie sanguine, les auteurs, qui ont essayé d'expliquer la fréquence de l'adénite sus-épitrochléenne dans l'hérédo-syphilis, ont basé leurs théories pathogéniques tantôt sur l'une, tantôt sur l'autre de ces deux voies.

A. La voie lymphatique superficielle ne peut être retenue, bien que PARROT (1) écrive « l'adénopathie (dans la syphilis héréditaire) est toujours consécutive aux lésions cutanées... ou provoquée par une altération syphilitique de la peau qui a disparue au moment de l'observation. » Cette opinion, d'ailleurs contestable, n'a pas à être discutée pour l'adénite sus-épitrochléenne puisque tous les auteurs qui l'ont étudiée ont pris soin d'éliminer les sujets atteints d'affections cutanées.

B. La voie lymphatique profonde a été défendue par les auteurs allemands. Bien que le ganglion sus-épitro-

(1) PARROT. *La syphilis héréditaire et le rachitis*, p. 53.

chléen soit sus-aponévrotique, nous savons que grâce aux anastomoses qui unissent les lymphatiques superficiels aux lymphatiques profonds, il est susceptible de se tuméfier consécutivement à une inflammation des organes sous-aponévrotiques.

HOCHSINGER explique la fréquence de l'adénite sus-épitrochléenne dans l'hérédosyphilis, *par la coexistence d'une ostéo-chondrite de l'extrémité inférieure de l'humérus*, qui révélée par la radiographie serait quasi-constante dans la syphilis congénitale récente. On pourrait lui objecter, que, si le fait est exact, il est étonnant que l'adénite sus-épitrochléenne ne soit pas plus fréquente encore qu'elle ne l'est.

GOLDREICH accepte cette pathogénie, et reprenant les idées de PARROT, ajoute aux causes possibles de l'adénite sus-épitrochléenne : l'onyxis, le pemphigus, la phalangite. On peut lui répondre que ces lésions cutanées et osseuses témoignent déjà d'une septicémie trèponémique qui peut avoir atteint directement le ganglion, et qu'en outre les lésions cutanées peuvent être le siège d'une infection secondaire.

GOTZKY ayant vu apparaître simultanément l'adénite sus-épitrochléenne et la phalangite, accepte l'explication d'Hochsinger. Ayant radiographié tous les porteurs d'adénite sus-épitrochléenne, il a souvent constaté des lésions d'ostéo-périostite qui pour lui en sont la cause. Néanmoins, il reconnaît que l'interprétation des clichés est souvent délicate et qu'il existe des faits inexplicables et même contradictoires (adénite d'un côté et ostéo-périostite de l'autre).

C. S'opposant aux auteurs allemands, M^{re} REICHENECKER opte pour un processus irritatif parvenant aux ganglions **par voie sanguine.**

Elle fait remarquer avec raison que la syphilis est une infection générale, chronique, susceptible comme toute toxi-infection chronique (tuberculose, troubles digestifs prolongés) de tuméfier les ganglions. Elle insiste sur la coexistence fréquente de l'adénite sus-épitrochléenne avec la polyadénie et la splénomégalie. Enfin, il lui paraît irrationnel de doter l'adénite épitrochléenne de l'enfance d'une pathogénie opposée à celle de l'adulte. Elle considère donc l'adénite sus-épitrochléenne comme faisant partie de la polyadénie généralisée et participant à la réaction du tissu lymphoïde contre une toxi-infection chronique.

Sans doute, tout cela est exact, mais ne rend pas compte de ce qu'il importe justement d'expliquer : à savoir, la fréquence de l'adénite sus-épitrochléenne dans la syphilis (de l'enfant ou de l'adulte) au point de constituer un stigmate important de cette maladie. Ce n'est pas seulement parce que la syphilis est plus fréquente que la tuberculose dans la première année, que l'adénite sus-épitrochléenne est plus souvent causée à cet âge par la syphilis ; c'est aussi parce que, toutes choses étant égales par ailleurs, la syphilis tuméfie ce ganglion plus souvent que la tuberculose. Sur 100 hérédo-syphilitiques, 35 à 40 sont porteurs d'une adénite épitrochléenne bilatérale (qu'ils aient ou non plus d'un an) ; tandis que sur 100 tuberculeux, 11 à 15 seulement en sont porteurs. C'est ce qu'il s'agit d'expliquer, et ce qui fait de l'adénite sus-épitro-

chléenne un stigmaté de syphilis. Si l'on trouvait l'adénite sus-épitrochléenne en égale proportion dans toutes les polyadénies, quelle qu'en soit la cause, elle n'aurait jamais été et n'aurait pu être considérée comme un stigmaté de syphilis. Faut-il donc pour expliquer ces faits, accepter l'hypothèse des auteurs allemands qui considèrent l'adénite sus-épitrochléenne comme succédant à un processus irritatif local ? Nous ne le pensons pas, et nous ne pouvons oublier la coexistence fréquente de l'adénite sus-épitrochléenne avec la polyadénie marquée (30 à 50 %) et avec la splénomégalie ($\frac{1}{3}$ des cas). Nous croyons aussi que c'est par la voie sanguine que l'incitation anormale parvient au ganglion sus-épitrochléen.

Qu'il nous soit donc permis de tenter à notre tour un essai de pathogénie.

Deux faits nous ont frappés :

1°. La rougeole bien que tuméfiant tous les ganglions, au point que sa polyadénie a été considérée par M. L. BERNARD (1) comme un symptôme quasi-constant, ne tuméfie pas le ganglion sus-épitrochléen.

2°. La tuberculose, toxi-infection profonde et prolongée, le tuméfie bien moins souvent que la syphilis.

Pour expliquer ces deux faits, rien ne sert d'invoquer l'inconstance du ganglion sus-épitrochléen (d'ailleurs encore non chiffrée par les anatomistes), rien ne sert non plus d'invoquer la petitesse de son volume : ce sont là des raisons valables pour les trois maladies.

(1) L. BERNARD, *La rougeole à l'Hôpital des Enfants Malades*. Soc. méd. des hôpitaux, 23 juillet 1897.

Ce qu'il faut invoquer, c'est la *difficulté de sa tuméfaction (cliniquement perceptible)* dont il existe une preuve irréfutable. « En cas de chancre syphilitique de la région génitale, le bubon inguinal apparaît du sixième au dixième jour après le chancre, les ganglions cervicaux, sus-claviculaires moyens, et sous-occipitaux deviennent perceptibles au toucher du douzième au quinzième jour, *le ganglion sus-épitrochléen vers le dix-huitième* » (1). Que ce fait s'explique par la petitesse de son volume, par sa moins riche vascularisation, il n'en est pas moins incontestable. Aussi, bien que très superficiel, dans la syphilis en pleine période septicémique, le ganglion sus-épitrochléen ne devient perceptible que 3 à 6 jours après les autres. 10 à 12 jours après le début de l'infection générale par le tréponème. Il est intéressant de remarquer que le ganglion sus-épitrochléen devient perceptible au moment même où la réaction de Wassermann peut commencer à être positive. On peut donc conclure : de tous les ganglions accessibles à la palpation, *le ganglion sus-épitrochléen est celui dont la tuméfaction (cliniquement perceptible) est la plus difficilement réalisée.*

Ceci explique aisément sa non tuméfaction clinique (anatomique elle existe fort probablement) dans la rougeole qui évolue en quelques jours.

Cette difficulté de tuméfaction n'explique pas encore pourquoi la tuberculose, affection chronique et prolongée, ne tuméfie pas plus souvent le ganglion sus-épitrochléen. Pour comprendre ce fait il faut se souvenir qu'un

(1) DARIER. *Précis de Dermatologie*, Masson 1918, p. 700.

ganglion peut réagir à une incitation, qui lui parvient par voie sanguine, pour deux raisons. Dans le premier cas il prend part à la défense générale de l'organisme ; dans le second il réagit au moins autant pour sa défense propre que pour la défense générale, l'agent infectieux venant « en personne » l'attaquer. Sans doute la septicémie tuberculeuse existe (et il est fort probable que le ganglion sus-épitrochléen se tuméfie plus fréquemment dans ce cas que dans la tuberculose non septicémique) mais il est rare de la constater ; la septicémie tréponémique au contraire est évidente aussi bien dans l'hérédo-syphilis que dans la syphilis de l'adulte. Si nous n'avons pas trouvé le tréponème dans le seul ganglion sus-épitrochléen que nous avons pu étudier, nous savons que de nombreux auteurs l'ont retrouvé dans les adénopathies de la syphilis secondaire (1). D'autre part le ganglion sus-épitrochléen lui-même peut être chez l'adulte le siège de manifestations gommeuses (2). *Il faut donc opposer la syphilis, maladie parasitaire, venant directement infecter le ganglion, à la tuberculose qui l'irrite à distance par ses poisons.*

A l'appui de cette conception, nous pouvons ajouter un argument.

Il existe une maladie, véritable « sosie » (3) de la syphilis, dont l'agent pathogène le tréponème pertenuis est si voisin du tréponème pallidum qu'on peut à peine l'en

(1) A. PARIS. *Syphilis des ganglions lymphatiques*, in précis de syphiligraphie du P. Gaucher, p. 386.

(2) A. DOUMER. *Thèse de Paris*, 1920, p. 26.

(3) P. JEANSELME. *Le Pian*. Gaz. hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 1901, et Cours de pathologie exotique, Paris, 1904.

distinguer (1), cette maladie c'est le pian. Et justement dans cette maladie, qui évolue comme la syphilis, à la période secondaire « quoique, dès l'apparition des lésions secondaires, tout l'organisme soit infecté (puisqu'on peut démontrer la présence du pertenue dans le sang de la rate et le sang périphérique)... Seul le système lymphatique réagit à l'infection, et, en règle presque absolue, on trouve une hypertrophie ganglionnaire marquée à l'aîne, à la chaîne cervicale, au ganglion sus-épitrochléen, et ces ganglions restent en général très gros pendant des années après la maladie » (2). Là aussi, l'agent pathogène va « en personne » dans le ganglion.

Voilà il nous semble expliquer pourquoi la syphilis tuméfie le ganglion sus-épitrochléen plus facilement que les autres toxi-infections chroniques, la tuberculose y compris.

Cette pathogénie est-elle applicable à tous les cas ? Elle suppose une polyadénie coexistant avec l'adénite sus-épitrochléenne, car notre esprit se refuse à concevoir, que si le ganglion sus-épitrochléen réagit à une infection qui lui parvient par voie sanguine, les autres ganglions plus facilement tuméfiabiles puissent rester indemnes. Nous savons que la polyadénie coexiste presque toujours avec l'adénite sus-épitrochléenne, et que souvent même elle est très marquée, cette pathogénie est alors valable. Mais dans les cas

(1) CASTELLANI. Cité par BOTREAU-ROUSSEL, in *Traité Sergent*.

(2) BOTREAU-ROUSSEL. *Le Pian*, in *Traité de Médecine de Sergent*, p. 587. Nous parlons ici du pian acquis, cette affection n'étant jamais ni héréditaire, ni congénitale.

exceptionnels, où chez un syphilitique on trouverait une adénite sus-épitrochléenne alors que tous les autres ganglions ne seraient pas perceptibles, c'est à une infection par voie lymphatique qu'il serait logique de penser. L'hypothèse des auteurs allemands, qui reposent d'ailleurs sur des documents difficiles à réfuter complètement, peut être admise pour ces cas exceptionnels.

L'inconstance du ganglion sus-épitrochléen dans la syphilis héréditaire s'explique par son inconstance anatomique (1), par son petit volume, par la difficulté de sa tuméfaction; peut être aussi par la faible consistance des ganglions du jeune enfant (2). Son unilatéralité par des variations individuelles, parfois par une irritation locale.

En résumé : exceptionnellement, l'adénite sus-épitrochléenne, lorsqu'elle existe isolément, sans autre tuméfaction ganglionnaire, est peut être consécutive à une irritation locale lui parvenant par voie lymphatique (ostéochondrite par exemple).

Le plus souvent, elle ne fait que traduire la réaction de l'organisme à une toxi-infection chronique, elle coexiste alors avec la polyadénie, souvent aussi avec la splénomégalie. Si la syphilis (comme le pian) tuméfie le ganglion sus-épitrochléen plus souvent que les autres toxi-infec-

(1) POIRIER. (p. 1138 et 1159 du *Système lymphatique*) compare le ganglion sus-épitrochléen au ganglion tibial antérieur, et les considère tous deux comme des organes d'apparition récente dans la série phylogénique.

(2) Peut-être peut-on trouver là l'explication de la plus grande fréquence des adénites dans l'hérédosyphilis tardive.

tions chroniques c'est que dans ce cas l'agent pathogène vient « en personne » dans ce ganglion, qui est, de tous les ganglions cliniquement accessibles, le plus difficile à tuméfier.

CONCLUSIONS

I. — Au niveau du bras, le long du paquet vasculo-nerveux, existent un ganglion superficiel et des ganglions profonds.

Ce ganglion superficiel (ganglion sus-épitrochléen) parfois double ou triple, peut être situé au contact direct de l'épitrochlée, plus souvent un à deux centim. au-dessus, très souvent aussi au tiers moyen du bras, et cela même chez le nouveau-né.

Sa tuméfaction fréquente, en l'absence de toute infection cutanée, lui confère un certain intérêt clinique.

Le diagnostic de cette adénopathie est très facile.

Les ganglions profonds, siégeant le plus souvent au tiers moyen ou supérieur du bras, se tuméfient exceptionnellement et n'ont pas d'intérêt clinique. Mais très souvent leur tuméfaction, chez le nouveau-né et le nourrisson de quelques mois, est parfaitement simulée par les éléments du paquet vasculo-nerveux. Ce phénomène est inconstant et peut n'exister sur le même sujet que d'un seul côté.

II. — Tout ganglion cliniquement perceptible doit être considéré comme un ganglion anormal.

III. — L'adénite sus-épitrochléenne s'observe chez 10 % des nourrissons, et 20 % des enfants, pris au hasard. Sur 10 adénites, 6 sont bilatérales, 4 unilatérales.

L'adénite bilatérale coïncide presque toujours avec une polyadénie marquée, souvent aussi avec la splénomégalie.

On la rencontre chez 35 à 40 % des syphilitiques avérés, chez 20 % des sujets suspects de syphilis. Elle existe avec une fréquence presque égale chez les tuberculeux (11 %) et chez les rachitiques (11 à 15 %). Elle est rare chez les porteurs de polyadénie (non syphilitiques, non tuberculeux, et non rachitiques) ; elle est plus rare encore dans les affections communes et dans les maladies aiguës, la rougeole y compris.

La fréquence de l'adénite sus-épitrochléenne bilatérale dans ces diverses affections est sensiblement la même chez le nourrisson et chez l'enfant ; mais la fréquence croissante de la tuberculose à mesure que l'enfant avance en âge diminue chez ce dernier sa valeur en tant que signe diagnostique de l'hérédo-syphilis. Dans la première année, la syphilis en est la cause de beaucoup la plus fréquente, chez l'enfant âgé de 1 à 15 ans, la tuberculose en est aussi souvent la cause que la syphilis.

IV. — La seule adénite épitrochléenne dont nous avons pu faire l'examen histologique ne montrait aucune lésion favorable à l'hypothèse d'une infection venue par voie lymphatique ; au contraire, on y trouvait une légère

scélrose périvasculaire favorable à l'hypothèse d'une toxi-infection venue par voie sanguine.

V. — Exceptionnellement, l'adénite sus-épitrochléenne lorsqu'elle est isolée (sans autre tuméfaction ganglionnaire) est peut être consécutive à une irritation qui parvient au ganglion par la voie lymphatique profonde.

Presque toujours, elle ne fait que traduire la réaction du ganglion à une toxi-infection chronique, elle coexiste alors avec la polyadénie et souvent aussi avec la splénomégalie.

Si la syphilis, toutes choses étant égales par ailleurs, tuméfie le ganglion sus-épitrochléen plus souvent que les autres toxi-infections chroniques, c'est que dans ce cas l'agent pathogène vient « en personne » dans ce ganglion, qui est, de tous les ganglions cliniquement accessibles, le plus difficile à tuméfier.

En résumé, l'adénite sus-épitrochléenne bilatérale, symptôme non spécifique, symptôme inconstant, n'en est pas moins par sa fréquence au cours de l'hérédo-syphilis et par sa persistance un véritable stigmaté de cette affection, qu'elle doit toujours faire soupçonner et rechercher chez le nourrisson ou l'enfant qui en est porteur.

L'adénite unilatérale, quoique de beaucoup moindre valeur sémiologique doit être prise également en considération.

Pratiquement, on peut conclure, avec M. MARFAN, l'adénopathie sus-épitrochléenne des nourrissons doit être considérée « comme une grande présomption de

syphilis lorsque sont réalisées les trois conditions suivantes : 1° elle est bilatérale, 2° elle ne s'accompagne d'aucune infection locale de la main, de l'avant-bras et du coude, 3° la cuti-réaction à la tuberculose est négative. »

Vu :

Le Président de Thèse,

MARFAN.

Vu :

Le Doyen,

H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- AMICIS (M. de). — *Dell adénopatica épitrochlea in rapporto alla sifilide. Suo valore semiologico e pronostico* (Annales de Médecine navale de Rome, 1896, 11, 941, 9881).
- ASTROS (d') et TEISSONNIÈRE. — *La réaction de Wassermann chez le nouveau-né et le nourrisson.*
- BAER. — *La tuméfaction des ganglions périphériques chez les nourrissons* (Jahr, f. Kinderheilkund, 1902).
- BARDELEBEN. — *Lehrbuch der Anatomie.*
— *Atlas der Anatomie.*
- BARTELS (P.). — *Das Lymphgefäßsystem* (Iéna, 1909, in *Traité d'Anatomie de Bardeleben*).
- BENFEY et BAHRDT. — *Beitrag zur Beurteilung der Drusenschwellungen bei Kindern jenseits des Sunglinsalters und ihrer Beziehungen zum Lymphatismus* (Zeitschr. f. Kind., mai 1913).
- BERNARD (L.). — *La rougeole à l'hôpital des Enfants Malades* (Société Médicale des Hôpitaux, juillet 1897).

CABOT (R. C.). — *Sur la fréquence et la pathogénie de l'adénite sus-épitrochléenne* (the Philadelphia Medical Journal 1899, III, 7921).

CARLES. — *La micropolyadénopathie périphérique généralisée dans l'hérédo-syphilis* (Thèse de Bordeaux, 1907).

DOYEN. — *Les altérations du système lymphatique ganglionnaire chez les enfants atteints de syphilis héréditaire* (Arch. Générales de Médecine, 1883).

FABRIS. — *Adénite épitrocleare nel lattante suoi rapporti con la sifilide ereditaria* (Pédiatria Napoli, 1921, XXIX, 193, 199).

GOLDREICH. — *Zur klinischen diag. der latenten, Lues hereditaria mit besonderer Berücksichtigung der Cubitaldrüsen* (Zeitsch. f. Kinderheilkund, T. IV, 1912).

GOTZKY. — *Ueber die klinische Bedeutung der Cubitaldrüsen Schwellungen* (Zeitsch. f. Kinderheilkund, April 1913, T. VII, 123, 131).

GROSSER et DESSAUER. — *Ueber die diag. Bedeutung fulhbarer Kubitaldrüsen beim Kindern* (München med. Wochensch. n° 21, 1911).

HENOCH. — *Leçons cliniques sur les maladies des enfants* (Manifestations ganglionnaires de la syphilis héréditaire, 2^e Edition, Paris 1885, traduction française, p. 64).

HESS. — *Enlargement of the epitrochlear and other lymph nodes in infants* (Arch. of Pédiatries, 1907, XXIV(july p. 602).

HEUBNER. — *Die hereditare Syphilis*, 1896 (in Gerhardt Handbuch der Kinderkrankheiten).

— *Lehrbuch der Kinderkrankheiten*, 1903.

HOCHSINGER. — *Ueber tasbar Cubital und setliche Thorax Lymphdrüsen* (Saunglingsalter. Wiener Med. Wochenschr., 26 octobre 1907.

LABBÉ (Marcel) et Georges BERTIN. — *Des réactions ganglionnaires chez les enfants* (Presse Médicale du 29 janvier 1902).

LA FETRA. — *Syphilis héréditaire chez les enfants* (New-York), state Medical Journal, mars 1916).

LEO WOLF. — *The early diagnostic of congenital syphilis* (New-York, state Medical Journal, janvier 1915, p. 14).

— LESAGE et PASCAL. — *Contribution à l'étude de la tuberculose du Premier âge. Polyadénie généralisée primitive* (Arch. génér. de Médecine, 1893).

LEGROUX. — *La micropolyadénopathie considérée comme indice de tuberculose profonde* (Congrès pour l'Etude de la tuberculose chez l'Homme et les Animaux, 1888).

MARFAN. — *Article « Rachitisme » in Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique de Gilbert et Thoinot* (Paris, 1911).

— *De l'hypertrophie chronique de la rate dans la*

syphilis héréditaire précoce et de sa haute valeur pour le diagnostic de cette maladie.

— *Quatre leçons sur le rachitisme* (Paris, 1923).

— *Diagnostic de la syphilis congénitale du nouveau-né et du nourrisson* (Presse Médicale du 25 avril et Presse Médicale du 5 mai 1923).

MENSI. — *Application des méthodes clinico-biologiques au diagnostic précoce de la syphilis héréditaire dans ses rapports avec la présence du ganglion épitrochléen* (Pédiatria Napoli, 1913, XXI, 881, 895).

NOBÉCOURT et BONNET. — *Réaction de Bordet-Wassermann et syphilis chez les nourrissons, leurs mères et les femmes en état de gestation* (Presse Médicale du mercredi 20 octobre 1920).

PECH. — *Engorgements ganglionnaires de l'enfant* (Thèse de Toulouse, 1894).

POIRIER. — *Traité d'anatomie. Les lymphatiques.*

POTTIER. — *Polyadénite chronique périphérique chez les enfants* (Thèse de Paris, 1894).

REICHE. — *Monatsschrift. f. Kinderheilk* (Leipzig, VI, n° 6, 1908).

— *Über den diagnostischen verlastbarer Cubitaldrüsen bei Säuglingen.*

REICHENECKER (M^{lle}). — *L'adénite sus-épitrochléenne. Sa valeur diagnostique dans la syphilis héréditaire du nourrisson et de l'enfant* (Thèse de Paris, 1913-1914).

REYER. — *La technique röntgennienne dans les maladies infantiles*, 1912 (Bibliothèque des Techniques physico-médicales de Heinz Bauer, Volume IV).

SAINT-GIRONS. — *La réaction de Wassermann, mécanisme et valeur semiologique particulièrement chez l'enfant et le nourrisson* (Le Nourrisson, novembre, 1919).

LE SCORNET. — *Etude clinique de la mégalosplénie dans la première enfance* (Thèse de Paris, juillet 1912).

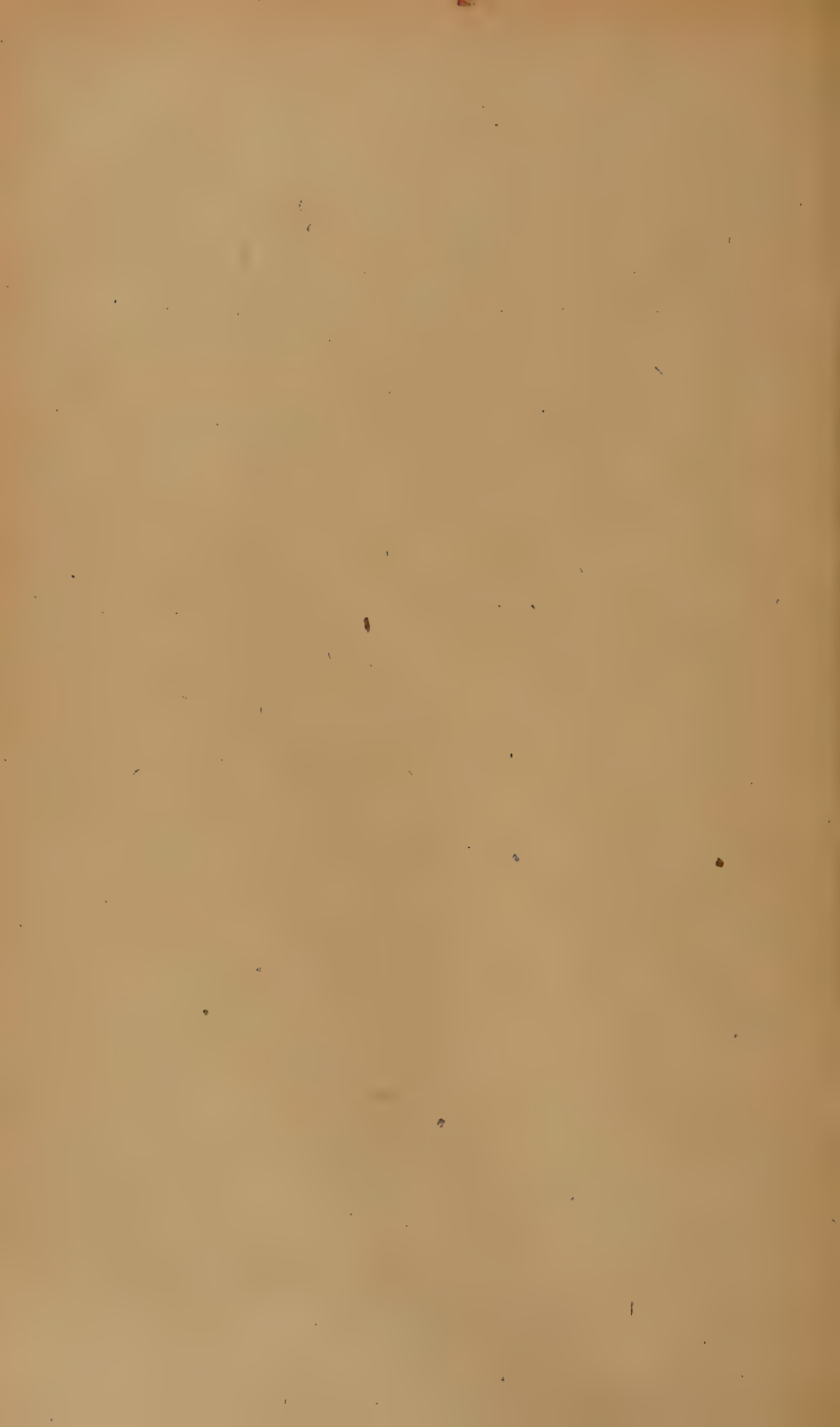


TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	13
INTRODUCTION	15
ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.....	19
Anatomie	19
Histologie	26
Physiologie	27
DIAGNOSTIC POSITIF ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL..	29
Mode opératoire	29
Ganglions superficiels	31
Ganglions profonds	32
Un ganglion perceptible à la palpation doit-il être toujours considéré comme un ganglion anormal	35
HISTORIQUE	39
NOUVELLES STATISTIQUES	53
Preliminaires	53
Statistiques	60
ETIOLOGIE ET VALEUR DIAGNOSTIQUE (chez le nourrisson).....	75

ETIOLOGIE ET VALEUR DIAGNOSTIQUE

(chez l'enfant)	89
Statistique personnelle	89
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	101
ESSAI DE PATHOGENIE	107
CONCLUSIONS	117
BIBLIOGRAPHIE	121
